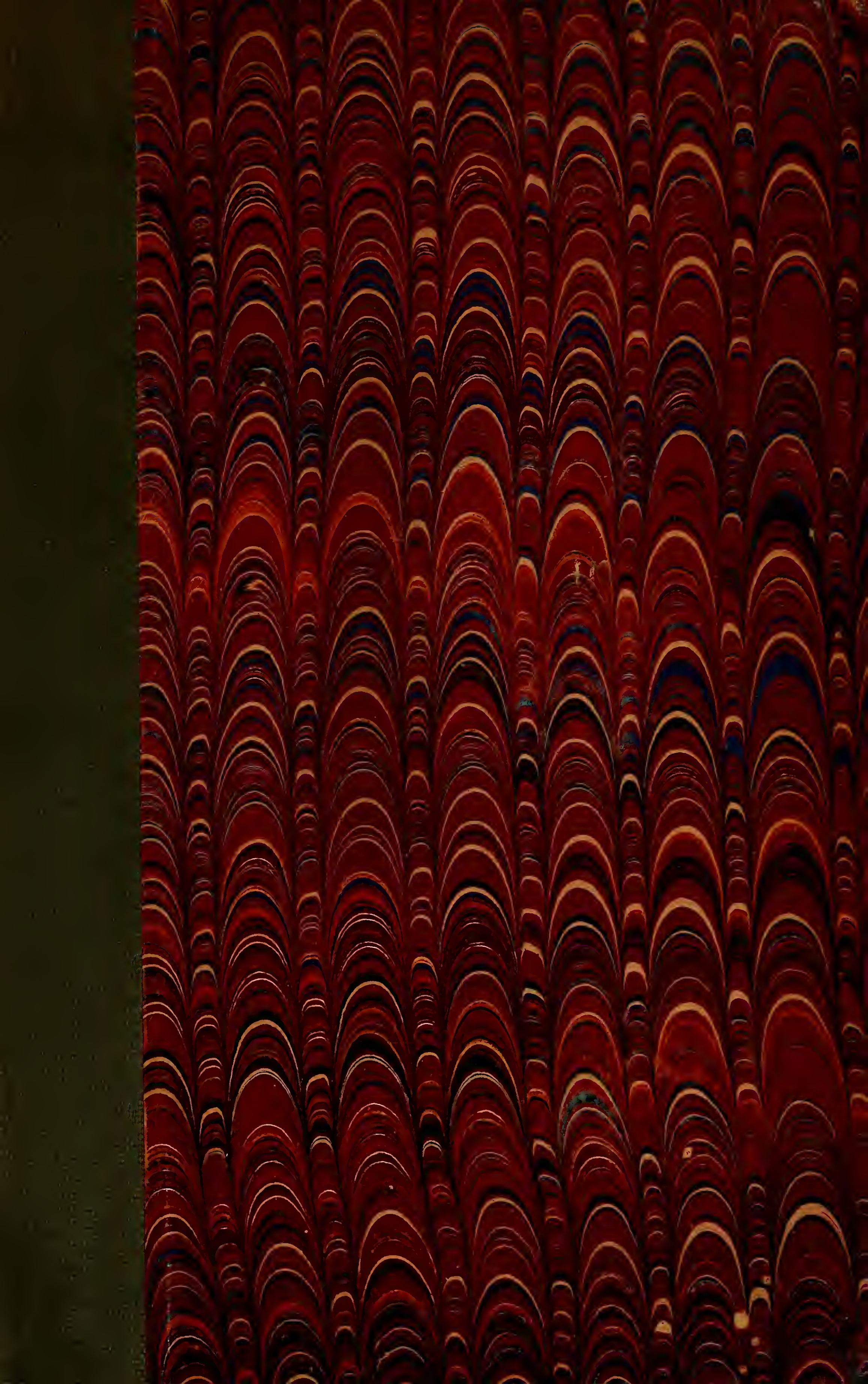
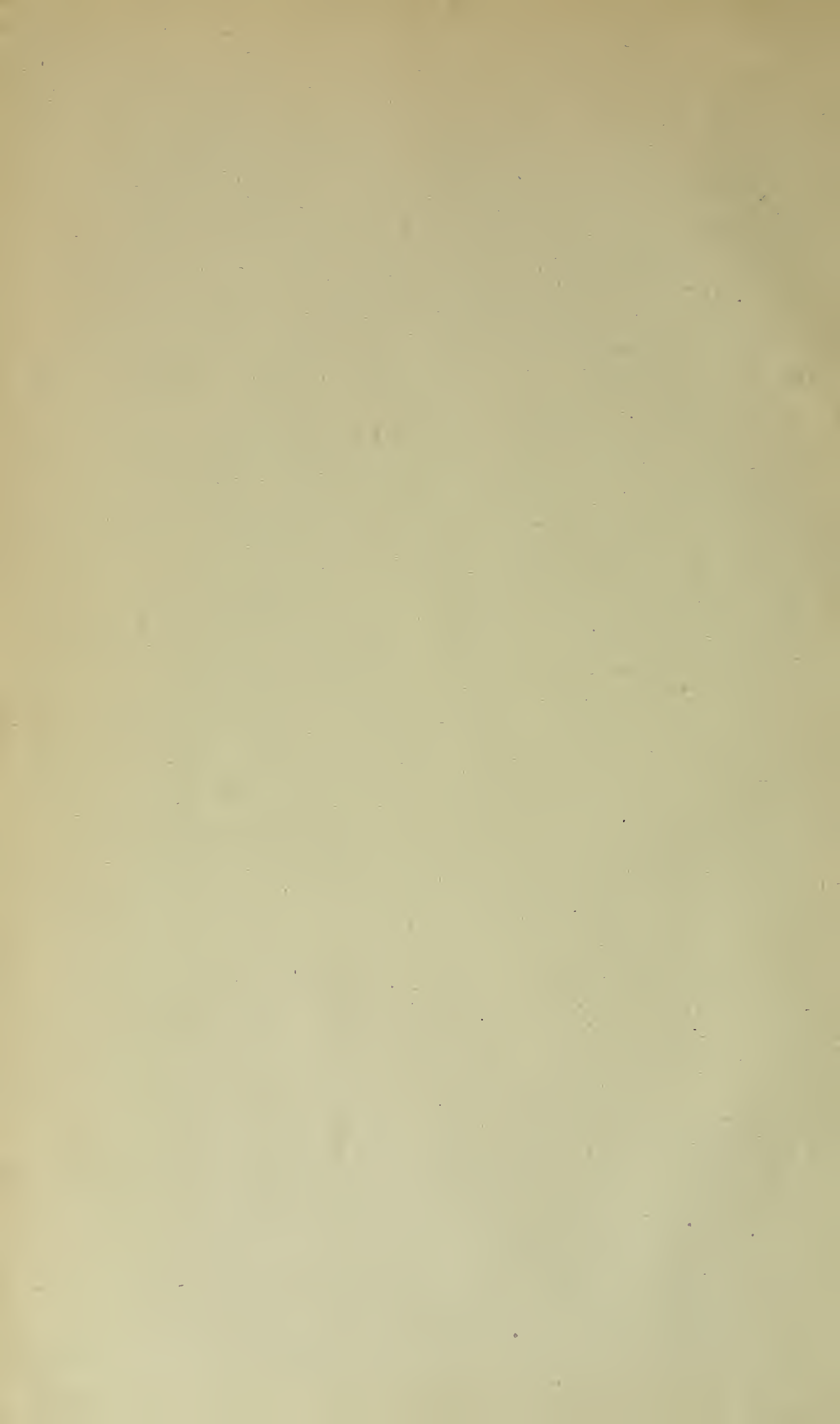






181

DR. WILHELM GRIESINGER'S,

WEILAND GEH. MEDICINALRATH UND PROFESSOR AN DER KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN,

PATHOLOGIE UND THERAPIE

DER

PSYCHISCHEN KRANKHEITEN

FÜR ÄRZTE UND STUDIRENDE.

FÜNFTE AUFLAGE.

GÄNZLICH UMGEARBEITET UND ERWEITERT

VON

DR. WILLIBALD LEVINSTEIN-SCHLEGEL,

DIRIGIRENDER ARZT DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT „MAISON DE SANTÉ", SCHÖNEBERG-BERLIN W.

MIT VIER ABBILDUNGEN UND EINER FIGURENTAFEL.

BERLIN.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

N.W., UNTER DEN LINDEN 68.

1892.

Dem Andenken

der

verstorbenen Eltern.

L.-S.



Vorwort zur fünften Auflage.

Das seiner Zeit Epoche machende Werk des berühmten Irrenarztes hat in der jetzigen Gestalt ein neues Ansehen erhalten; die Lücken und morschen Stellen des durch die lange Reihe der Jahre brüchig gewordenen und unausgebessert gebliebenen Bauwerkes sind neu gefügt und mit frischer Tünche versehen. Die ehernen Säulen des Fundaments blieben unangetastet.

Die ganze Arbeit gab mir die Pietät gegen den Mann, der meinem Hause stets mit warmem Interesse und förderndem Wohlwollen zugethan war, in die Hand, und es war dabei mein eifriges Bestreben, soviel als es anging, den Urtext in seiner schönen, classischen Form unberührt zu lassen. Dennoch mussten viele Capitel erheblich geändert und durch Zusätze erweitert werden, da der Inhalt infolge des Fortschritts in den Lehren und Grundsätzen der Psychiatrie den heutigen Anschauungen theilweise nicht mehr entsprach.

Die Litteratur ist bis Mitte des Jahres 1891 möglichst vollständig benutzt. Von diesem Zeitpunkt an konnten nur, da der Druck des Werkes begann, die allerwichtigsten Arbeiten berücksichtigt werden. Die Basis für die Ueberarbeitung gaben die Lehrbücher der Psychiatrie, an ihrer Spitze v. Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Emminghaus, Kraepelin ferner die Arbeiten von Salgó, Savage-Knecht, Meynert, Fürstner, Wernicke, Sander, Jolly u. A. m. ab. Dadurch ist es mir möglich geworden, den umfangreichen Stoff einigermaassen erschöpfend zu behandeln.

Es war nicht meine Absicht, eine Irrenheilkunde in neuer Darstellung zu schreiben, sondern Zweck vorliegender Arbeit ist es, die

Lehren Griesinger's, welche in ihren Anfangsgründen von Esquirol und Zeller aufgestellt wurden, dem praktischen Gebrauche näher zu führen. Kahlbaum hat nun das Verdienst, an der Hand dieser Lehren ein neues wissenschaftliches System der Classification der Psychosen aufgestellt zu haben.

Das, was dem Griesinger'schen Texte entnommen ist, wurde nicht durch äussere Merkmale besonders hervorgehoben. Der geniale Geist des Autors, der Schwung seiner Diction wird von keinem aufmerksamen Leser verkannt werden. Bei diesem ersten grösseren litterarischen Versuche bittet Schreiber dieses Werkes um diejenige Nachsicht, die ein erster Versuch beanspruchen darf.

Schöneberg, im Herbste 1891.

W. Th. L-S.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Es freut mich, endlich den Fachgenossen die lange verzögerte zweite Auflage dieser Schrift übergeben zu können. Sie ist kein ganz neues Werk, mehrere Capitel sind fast ganz unverändert geblieben, in vielen anderen aber sind Berichtigungen und Umarbeitungen vorgenommen, und namentlich sind sehr viele Zusätze gemacht worden, von denen ich wünsche, dass sie als Bereicherungen erkannt werden möchten. Am wenigsten Veränderungen waren nöthig in der speciellen Formenlehre: die Melancholie, die Tobsucht, die Verrücktheit etc. sind in der That seit a. 1845 ganz dieselben geblieben; am meisten Modificationen und Zusätze wurden nöthig in den Abschnitten über Aetiologie, pathologische Anatomie, Hirnanatomie und psychologische Einleitung, über die Complicationen und über die Therapie; ganz neu kamen hinzu ein Abschnitt über allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten und ein solcher über Idiotismus und Cretinismus. Letztere waren in der ersten Auflage ganz weggeblieben; ich hatte seither durch die Idioten-Anstalt Mariaberg, der ich in der letzten Zeit meines Aufenthaltes in Württemberg vorstand, Anlass und Gelegenheit, mich auch mit diesen Zuständen näher zu beschäftigen. Die in der Schrift als Beispiel dienenden Krankheitsgeschichten sind um einige interessante eigene Beobachtungen vermehrt, bei vielen wichtigen Capiteln ist die hauptsächlichste Litteratur für den Leser, der weitere Belehrung wünscht, angegeben worden; endlich habe ich die gerichtliche Seite der Psychiatrie, so oft sich Gelegenheit fand, vom Standpunkt der in der Schrift vorgetragenen Lehren aus zu beleuchten gesucht und gelegentlich noch über Manches, was den gegenwärtigen Zustand der Psychiatrie angeht, kurz, aber deutlich meine Meinung ausgesprochen; ich hatte dabei nur

das Interesse der Wissenschaft und den Nutzen des Lesers im Auge, ganz unbekümmert um Beifall oder Tadel von dieser oder jener Seite.

Wie die erste Auflage dieser Schrift zu meiner grössten Freude dem Studium unserer schönen Wissenschaft manche Freunde gewonnen hat, so hoffe ich, dass auch diese zweite zur Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse und namentlich eines richtigen Standpunktes in der Psychiatrie beitragen werde. Noch immer ist das Fach auf den Universitäten viel zu sehr hintangesetzt, und namentlich der klinische Unterricht noch nirgends dem Werth der Sache entsprechend eingerichtet und anerkannt. Ich habe das Meinige gethan, indem ich neben meinem hauptsächlichen Berufe über zehn Jahre lang in Tübingen regelmässige Vorlesungen über Psychiatrie hielt und in meine Klinik, so oft sich Gelegenheit bot, Fälle psychischer Erkrankung aufnahm und wie jede andere Krankheit zum Gegenstande klinischer Demonstration und Besprechung machte; der Vortheil hiervon ist so evident, dass ich immer noch hoffe, es werde in Bälde mehr und mehr zur Errichtung regelmässiger psychiatrischer Kliniken kommen. Durch diese erst kann der richtige Standpunkt, die rein ärztliche Auffassung der Geisteskrankheiten, aber gepaart mit dem Verständniss der krankhaften Seelenerscheinungen, die wünschenswerthe allgemeine Verbreitung bekommen, damit nicht mehr lange blosse Irrenhausverwalter sich für Irrenärzte ausgeben können, damit geistreich klingender, phantastischer Schwulst, mit dem sich gegenwärtig allein noch in der Psychiatrie etwas machen lässt, auch hier baldigst der nüchternen, klaren ärztlichen Beobachtung das Feld räume.

Einigen neuesten Schriftstellern über Geisteskrankheiten hat die erste Ausgabe meines Buches so wohl gefallen, dass sie die Gedanken und Sätze, Eintheilungen und Beispiele desselben, selbst einfache Excerpte ganzer Abschnitte aus ihm völlig ungenirt, wie ihr Eigenthum, in ihre Scripta aufnahmen. Ich liess dies ruhig geschehen; jetzt aber wäre es mir allerdings unangenehm, wenn man glauben könnte, dass ich es sei, der in dieser zweiten Auflage von jenen Autoren „entlehnt“ habe, und ich bitte daher, überall, wo dem Leser Sätze, Seiten und selbst Capitel vorkommen, die er vor kurzem in Büchern oder Journalen ganz oder fast ganz gleichlautend gelesen hat, solche einfach mit der ersten, a. 1845 erschienenen Auflage zu vergleichen.

Zürich, 12. Juli 1861.

G.

Inhaltsverzeichniss.

Erstes Buch.

Allgemeiner Theil.

Erster Abschnitt.

Zweites Capitel.

Drittes Capitel.

Viertes Capitel.

Vierter Abschnitt.

Ueber das Irresein als Ganzes.

Erstes Capitel.

Zweites Capitel.

Zweites Capitel.

Dritte Abtheilung.

Die (accessorischen oder Gelegenheits-) Ursachen der psychischen Krankheiten.

Erstes Capitel.

Zweites Capitel.

Drittes Capitel.

Drittes Buch.

Die Formen der psychischen Krankheiten.

Einleitung.

Erste Abtheilung.

Psychosen.

Erster Theil.

Einfache (partielle) Psychosen.

Erster Abschnitt.

Parathymieen.

Zweiter Abschnitt.

Paranoësieen.

Zweiter Theil.

Zusammengesetzte, totale Psychosen.

Erster Abschnitt.

Paraphrenia alternans seu complexa.

Zweiter Abschnitt.

Reflex- und Consensualpsychosen.

Dritter Theil.

Irreseinszustände, welche durch Einführung a) chemischer, b) organischer Gifte hervorgerufen werden.

Erster Abschnitt.

Zweiter Abschnitt.

Zweite Abtheilung.

Psychoneurosen.

Dritte Abtheilung (Anhang).

Biopathieen.

Viertes Buch.

Die Heilbarkeit und Heilung der psychischen Krankheiten.

Erster Abschnitt.

Verlauf, Ausgang und Prognose der Psychosen.

Zweiter Abschnitt.

Die Therapie der Psychosen.

Erstes Buch.

Allgemeiner Theil.

ERSTER ABSCHNITT.

Ueber den Sitz und das Wesen der psychischen Krankheiten.[1])

§. 1.

Die vorliegende Schrift beschäftigt sich mit der Lehre von der Erkenntniss und Heilung der psychischen Krankheiten oder des Irreseins. Das Irresein selbst, ein anomales Verhalten des Vorstellens, Wollens und Fühlens, ist ein Symptom; der erste Schritt zum Verständniss der Symptome ist ihre Localisation. Welchem Organ gehört das Phänomen des Irreseins an? — Welches Organ muss also überall und immer nothwendig erkrankt sein, wo Irresein vorhanden ist? — Die Antwort auf diese Frage ist die erste Voraussetzung der ganzen Psychiatrie. Zeigen uns psychologische und pathologische Thatsachen, dass dieses Organ nur das Gehirn sein kann, so haben wir vor allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen, „speciell der Grosshirnrinde und demzufolge eine Störung der geistigen Functionen" (Savage).

§. 2.

Die Physiologie betrachtet das psychische Leben als eine besondere Lebensform des Organismus; sie sieht in den psychischen Acten Functionen bestimmter Organe und sucht jene eben aus dem Bau dieser zu begreifen. Allbekannte Experimente zeigen nun, wie zwar das Vonstattengehen der im weiteren Sinne psychischen Thätigkeiten an das ganze Nervensystem gebunden, wie aber nur das Gehirn, und auch dieses nur in einzelnen seiner Theile, der Sitz des Vorstellens und

[1]) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Salgo, Psychiatrie u. a. m.

Strebens ist. Allerdings kommen sowohl dem Rückenmarke, als dem Gangliensysteme des Sympathicus nicht bloss Leitungsfunctionen, sondern auch centrale Thätigkeiten der Mittheilung, Association und Erregung zu (Tonus, Reflexactionen etc.); zu jenen höheren centralen Thätigkeiten verhalten sie sich aber wieder als lediglich peripherische. Wohl bieten die Zustände des ganzen Nervensystems, indem sie unmittelbar dem Gehirne sich mittheilen, auch Elemente geistiger Thätigkeit dar — von allen peripherischen Nervenausbreitungen aus können Eindrücke entstehen, welche Anstösse zu Trieben, zu dunkleren oder bewussteren Vorstellungen und Bestrebungen abgeben können — aber die Sammlung und Aufnahme dieser Eindrücke, der von ihnen ausgeübte Einfluss auf grosse zusammengesetzte Bewegungsreihen (auf das Handeln), jenes Vorstellen und Streben selbst, das von ihnen influencirt wird, findet nur im Gehirn statt.

Die inneren Hergänge des Vorstellens und Wollens sind so wenig als die des Empfindens aus der Organisation des Gehirns zu begreifen. Dennoch lassen sich die Vorgänge bei den psychischen Thätigkeiten im Allgemeinen leicht an den Bau der betreffenden Theile anknüpfen. Die in der Schädelhöhle liegende Abtheilung des Centralnervensystems besteht aus Nervenmassen, welche einerseits die sensitiven Rückenmarksstränge und die centralen Ausbreitungen der höheren Sinnesnerven in sich aufnehmen, von denen andererseits die motorischen Markstränge ausgehen. Dementsprechend sehen wir, wie alle aus dem Körper und durch die Sinne centripetal einfallenden Eindrücke im Gehirne sich sammeln, percipirt, assimilirt werden, die Geistesthätigkeit erregen und unterhalten, und wie von hier aus wieder Anlässe zu neuen, centrifugalen Acten, Beziehungen der Empfindung und der Geistesthätigkeit auf die Action der Bewegungsorgane — Strebungen und motorische Reize für die Muskelapparate entstehen.

Wir sehen, wie in der Thierreihe die psychischen Thätigkeiten um so mannigfaltiger, reicher und einer um so feineren Ausbildung fähig werden, je mehr das Gehirn an Volum zunimmt und je verwickelter und gestaltenreicher seine Organisation, namentlich je mächtiger die eigentliche Substanz der grossen Hemisphären wird. Wir sehen, wie beim Menschen eine im höheren Grade mangelhafte Entwicklung des Gehirns mit Schwäche der höheren psychischen Acte, des Vorstellens und Wollens, verbunden ist (in vielen Fällen von Idiotismus), und die Erfahrung an allen Menschen zeigt uns, wie diese psychischen Thätigkeiten sich wesentlich ändern mit der Entwicklung und Umänderung in den verschiedenen Lebensaltern. Eben in diesen zeitlichen Metamorphosen, diesem Weiterschreiten von allmählichem Wachsthum zur gereiften Höhe und zur Wiederaufnahme, geht die psychische Thätigkeit

des Gehirns parallel mit allen übrigen organischen Functionen und erweist sich damit dem Entwicklungsgesetze des Organismus ebenso wie diese unterworfen (v. Krafft-Ebing).

§. 3.

Die pathologischen Thatsachen zeigen uns so gut wie die physiologischen, dass nur das Gehirn der Sitz normaler und krankhafter geistiger Thätigkeiten sein kann, dass die Integrität der psychischen Processe an die Integrität dieses Organs geknüpft ist, auch wie beide mit einander wieder von dem Verhalten anderer Organe in Krankheiten abhängig sind. Die constanten und wesentlichen Symptome der Gehirnkrankheiten, mögen sie aus inneren Ursachen oder aus äusseren Verletzungen entstanden sein, bestehen ja ausser den Anomalien der Empfindung und Bewegung, bei jeder schweren Erkrankung eben aus geistigen Störungen (Exaltation oder Trägheit des Vorstellens, Verlust des Bewusstseins, Delirien etc.), und die seltneren Wahrnehmungen, wo bei schweren Desorganisationen des Gehirns und bei Verlust an Gehirnsubstanz gar keine Störungen der Geistesthätigkeit sich zeigen, vermögen jene Ergebnisse der alltäglichen Beobachtung nicht zu schwächen.

Einen weiteren und noch directeren Beweis für unseren Satz, dass das Gehirn das beim Irresein erkrankte Organ sei, liefern die Ergebnisse der Leichenöffnungen der Irren selbst. Bei vielen dieser Leichenöffnungen findet man wirklich anatomische Veränderungen im Gehirne selbst oder seinen Hüllen, und da, wo überhaupt anatomische Veränderungen vorkommen, sind die des Gehirns wenigstens die einzigen constanten. Der Umstand, dass man nicht immer solche Veränderungen findet, vermag diesen Grund nicht zu schwächen. Wir finden bei den Leiden des Centralnervensystems, die als überwiegende Reizzustände sich äussern, sehr gewöhnlich keine palpablen Veränderungen (z. B. bei den Neuralgieen, Krämpfen), solche vielmehr vorzüglich bei den Schwächezuständen, Paralysen; sehr viele psychische Krankheiten gehören aber zur ersteren Classe. Es verhält sich also hier wie bei so vielen anderen Nerven- und Gehirnkrankheiten, der Epilepsie, dem Tetanus etc., deren Sitz im Gehirn oder im Rückenmark, wenn auch in vielen Fällen durch die pathologische Anatomie nicht ad oculos demonstrirt, doch aus Gründen der Physiologie von Niemandem in Zweifel gezogen wird.

§. 4.

Indem man durch die Thatsachen genöthigt, das Vorstellen, Fühlen und Wollen in das Gehirn verlegt, soll über das Verhältniss dieser psychischen Acte zum Gehirn, über das Verhältniss der Seele zur Materie überhaupt noch nichts präjudicirt werden. Vom empirischen Stand-

punkte aus ist zwar vor Allem die Thatsache der Einheit von Leib und Seele festzuhalten, und muss es dem Apriorismus überlassen bleiben, die Seele ohne Beziehung auf den Leib, eine leiblose Seele, zu untersuchen und sich mit abstracten Betrachtungen über ihre Immaterialität und Einheit im Gegensatz zur Vielheit der Materie etc. zu begnügen. Aber die Hypothesen, die man schon ersonnen hat, um jene unerklärliche Einheit für die Reflexion fasslicher zu machen, von jenen feinen Fluidis an, die zwischen Leib und Seele vermitteln sollen, jenen Materien, „dünn genug, um gelegentlich für Geist passiren zu können," bis zu dem System prästabilirter Harmonie, vermöge dessen Leib und Seele niemals auf einander, sondern immer nur mit einander wirken sollen, — diese Hypothesen sind für die empirische Betrachtung gleich unwiderleglich und gleich unannehmbar. Wie ein materieller, physikalischer Vorgang in den Nervenfasern oder Ganglienzellen zu einer Vorstellung, zu einem Acte des Bewusstseins werden kann, ist vollkommen unbegreiflich, ja wir haben keine Ahnung, wie auch nur eine Frage nach dem Vorhandensein und der Art von vermittelnden Vorgängen zwischen beiden zu stellen wäre. Alles ist hier noch möglich. Bei dieser Sachlage ist die einfachste Hypothese die beste, und sicher bietet die materialistische weniger Schwierigkeiten, Unklarheiten und Widersprüche (namentlich auch in Bezug auf die erste Entstehung des Seelenlebens), als irgend eine andere. Es ist also wissenschaftlich gerechtfertigt, mit gänzlichem Absehen von jenen möglichen, aber vollkommen unbekannten vermittelnden Vorgängen die Seelenthätigkeiten in derjenigen Einheit mit dem Leibe und namentlich mit dem Gehirne aufzufassen, welche zwischen Function und Organ besteht, das Vorstellen und Streben in gleicher Weise als die Thätigkeit, die specifische Energie des Gehirns zu betrachten, wie man die Leitung in den Nerven, die Reflexaction im Rückenmarke etc. als die Functionen dieser Theile betrachtet und die Seele zunächst und vor Allem für die Summe aller Gehirnzustände zu erklären.

§. 5.

Nach allen obigen Prämissen wird nun die von der älteren deutschen Psychiatrie oft und weitläufig behandelte Frage, ob beim Irresein, bei den Anomalieen im Vorstellen und Wollen, die Erkrankung auch wirklich die Seele betreffe, ihre einfache bejahende Lösung finden. Nur wird man allerdings nicht von Krankheiten der Seele selbst zu sprechen haben — so wenig überhaupt eine richtige Pathologie von Krankheiten der Lebensprocesse, der Functionen spricht — sondern nur von Krankheiten des Gehirns, durch welche jene Acte des Vorstellens und Wollens gestört werden.

Man hat geradezu erklärt, psychische Krankheiten oder Geistes-

krankheiten seien Gehirnkrankheiten, so dass also die Psychiatrie ganz in der Gehirn-Pathologie aufzugehen habe. Wie aber niemals der Diabetes melitus, das Cheyne-Stocke'sche Athmungsphänomen, die Laryngeal- und Bronchial-Krämpfe, gewisse Formen des Erbrechens Gehirnkrankheiten darstellen, sondern höchstens Symptome derselben und Aeusserungen der krankhaft veränderten Functionen des Gehirns oder einzelner seiner Theile sind, so stellen auch psychische Störungen niemals Gehirnkrankheiten an sich dar, sondern sind höchstens Symptome derselben. Die psychischen Krankheiten, die Psychosen, können darum unter den Gehirnkrankheiten abgehandelt werden, da sie einen wesentlichen Theil der Symptomatologie derselben ausmachen; allein niemals können sie als Gehirnkrankheiten an sich zur Darstellung gebracht werden (Arndt).

§. 6.

Die Entscheidung darüber, ob ein Mensch irrsinnig sei, ist oft leicht, in den meisten Fällen möglich. Es giebt aber einzelne Fälle, wo die Frage, ob irrsinnig oder nicht, nicht schlechthin beantwortet werden kann. Indessen ist das rechtzeitige Erkennen der Geisteskrankheiten und ihres Herannahens für die Kranken und ihre Angehörigen und auch für das weitere Publikum von der grössten Wichtigkeit; denn wo überhaupt eine Heilung, Besserung, oder ein Aufhalten schwererer Erscheinungen möglich ist, da wird solches in einem ungleich höheren Procentsatz erreicht, wenn möglichst frühzeitig eine richtige Behandlung eintreten kann.

Die idiopathischen, plötzlich hereinbrechenden Psychosen werden meist anstandslos als Geisteskrankheiten erkannt. Die mit einem Male eintretende Aenderung des ganzen Charakters, des Thuns und Treibens eines Menschen, geben Anhaltspunkte genug für eine sichere und rasche Diagnose. Bei den constitutionellen Psychosen, d. h. bei solchen Alienationszuständen, die unter chronischem Anwachsen und daher nicht so plötzlich in die Erscheinung tretenden Symptomencomplexen sich entwickeln, ist die Diagnose auf Irrsinn in vielen Fällen schwerer. Den Irrsinnsarten dieser beiden Gruppen geht sehr gewöhnlich eine angeborene oder eine erworbene Minderwerthigkeit voraus, welche nicht auf den ersten Blick als eine Abnormität auffällt. Eine etwas gesteigerte Charaktereigenthümlichkeit entwickelt sich das eine Mal auf einer physiologischen, das andere Mal auf einer pathologischen Grundlage. In beiden Fällen hat sie die gleiche Gestalt; infolge dessen ist das Urtheil mitunter sehr schwer, ob im gegebenen Falle nur Minderwerthigkeit oder schon Irrsinn vorliegt (Koch).

Es ist als ziemlich sicher anzunehmen, dass die functionellen

Geistesstörungen sich nur auf dem Boden vorhandener Disposition entwickeln. Die Disposition ist entweder erblich oder erworben; die erbliche ist die häufigste. Psychische Ursachen kommen nur in Betracht, insofern sie als Gelegenheitsursachen bei vorhandener Disposition wirken.

§. 7.

Es ist charakteristisch für die psychischen Krankheitsprocesse, dass sie im Allgemeinen einen bald heftigen, bald langsamen Fortgang haben; sie enden mit Heilung, Heilung mit Defect, Uebergang in Schwächezustände oder Tod. — Das Gros der Irrenanstaltsinsassen wird gebildet von schwachsinnig gewordenen Kranken (psychischen Invaliden, mit Defect Geheilten).

Die psychischen Störungsformen sind mit Ausnahme der partiellen Psychosen als Stadium eines Krankheitsbildes (Paraphrenia alternans s. complexa) aufzufassen: die Störung hebt mit einer initialen Schwermuthsperiode (Prodromal-Melancholie) an, sodann folgt ein Exaltationszustand (Manie), drittens Perturbation (Zustand der Verwirrtheit, beruhend auf irritativen Vorgängen), dieser geht häufig in einen attonen Zustand über, den Beschluss des Ganzen bildet terminaler Blödsinn mit verrückten Ideen.

Entweder sind die Organe des psychischen Lebens im Ganzen pathologisch beschaffen oder einzelne, und der Rest der gesunden Theile fällt nur aus Ueberanstrengung der Störung anheim. Beiden Formen der Störung, den psychopathischen Processen, wie den Alterationszuständen, ist unter allen Umständen das gemeinsam, dass sie Schwächungen der psychischen Organe vorstellen. Die allgemeine Pathologie lehrt, dass ein jeder Vorgang, welcher die Leistungsfähigkeit der organischen Theile erhöht und namentlich für längere Zeit alterirt und die baldige Restauration eines regelmässigen Zustandes hindert, als krankhaft zu bezeichnen ist. Je stärker z. B. ein Affect, eine Gemüthsstimmung ist, desto näher rücken sie an die Schwelle der Gesundheitsbreite (Grenz- oder Schwellenwerthe — Schüle).

§. 8.

Alle poetischen und moralistischen Auffassungen des Irreseins sind für dessen Erkenntniss nur von allergeringstem Werthe. Einzelne poetische Darstellungen Wahnsinniger sind in manchen, der Natur abgelauschten Zügen vortrefflich (Ophelia, Lear, vor Allem Don Quixote); aber indem der Dichter fast durchaus diese Zustände mit Umgehung ihrer organischen Grundlagen, nur von der geistigen Seite, als Resultate vorausgegangener sittlicher Conflicte auffassen, und nur das, was diesem Zwecke dient, hervorheben muss, wird seine Schilderung zum mindesten einseitig.

Ein gleicher, und wegen des Ernstes, mit dem einzelne solche Versuche auftraten, noch schwererer Vorwurf trifft die moralistischen Betrachtungsweisen. Nichts ist falscher, nichts wird mehr von der täglichen Beobachtung verworfen, als jeder Versuch, das Wesen der Geisteskrankheiten in das sittliche Gebiet zu verlegen. Laut genug sprechen freilich die Thatsachen für eine sehr häufige psychische Entstehungsweise dieser Krankheiten; wie könnte es anders sein, da die psychischen Ursachen auch für die übrigen Gehirn- und Nervenkrankheiten zu den wichtigsten und häufigsten gehören? — Der jeweilige Zustand des Vorstellens und Wollens ist wesentlich abhängig, ja zum Theil das nothwendige Ergebniss der Summe alles früheren Vorstellens und Wollens, und damit freilich ist im psychischen Leben selbst eine reichliche Quelle ursächlicher Momente geöffnet. Aber während die Sphäre der Sittlichkeit ganz innerhalb des bewussten, freien Denkens enthalten ist, liegen die Ausgangspunkte der anomalen geistigen Processe, zu denen diese Gehirnkrankheiten Anlass geben, auf einem ganz anderen Gebiete. Aus dunklen Verstimmungen des psychischen Gemeingefühls, der Selbstempfindung gehen beim Irresein ursprünglich affectartige Seelenzustände hervor, und wenn sich aus diesen ein den Kranken überwältigendes falsches Vorstellen und Streben herausgebildet hat, so ist dieser schon in einem Zustande, dem die ersten Voraussetzungen aller Sittlichkeit, die Besonnenheit, die Möglichkeit einer Ueberlegung und Wahl, fehlen, und all sein Thun kann gar nicht mehr unter den sittlichen Gesichtspunkt fallen.

Die poetischen und moralistischen Auffassungen sind nicht nur unnöthig und theoretisch falsch, sondern auch von positivem, praktischem Schaden. Durch jene sind die Laien mit Bildern der Geisteskrankheiten gefüllt worden, welche der Natur im entferntesten nicht entsprechen; wenn dann diese Bilder nicht zutreffen, zweifeln sie, ob Geisteskrankheit vorhanden sei. Wie naiv ist das Erstaunen vieler Besucher in den Irrenanstalten, die sich deren Bewohner so ganz anders gedacht hatten! — Psychiatrische Theorieen, welche die Geisteskrankheiten als die höchsten Steigerungen der „Leidenschaften" auffassen, trugen Manches zu diesen Irrthümern bei.

§. 9.

Bei der Beurtheilung der Individualität eines Menschen, resp. ob das Wesen desselben noch in die normale Breite zu rechnen ist oder in das Bereich des Krankhaften gehört, sind folgende Punkte maassgebend (Savage): Ein Idealbild der Gesundheit schwebt der Psychologie und Pathologie vor Augen. Man hält alles das für normal, was einer grossen Zahl von Individuen eigenthümlich und gemeinsam ist.

Dies ist der Begriff des Durchschnittstypus; für das Kind ist z. B. lebhafte Phantasie, für das Alter ruhige Ueberlegung, auch ein gewisser Geiz charakteristisch; dem Jüngling wiederum ist eher Neigung zum Verschwenden eigenthümlich; diese Charaktertypen liegen noch innerhalb der Gesundheitsbreite. Trotz alledem wird das Urtheil, ob Jemand für geistig gesund oder krank zu halten ist, mehr oder minder von der subjectiven Auffassung desjenigen abhängen, dem der Entscheid darüber in die Hand gegeben ist. Bei jedem Menschen kann als Maassstab für die Beurtheilung seiner Gesundheit nur seine eigene Individualität gelten. Denn nach allgemeiner Erfahrung giebt es intellectuelle, sittliche und ästhetische Genies, welche die psychophysiologische Breite des Normalen überschreiten, aber durchaus noch nicht pathologisch sind. Ihre Zerrbilder dagegen, die sogenannten excentrischen Naturen, fallen in das Reich der Pathologie. Jene Genies sondern sich in drei Gruppen: 1) in solche mit erblicher Belastung; 2) in solche, die sich im Uebergangsstadium aus einem gesunden in einen kranken Zustand befinden; 3) in solche, deren Excentricität sich frisch entwickelt. Daraus folgt mit Nothwendigkeit, dass bei Leuten mit geringer Widerstandskraft, welche in naturwidrige Verhältnisse gerathen, abnorme Eigenthümlichkeiten sich entwickeln können. Eine vollkommen ausgebildete Excentricität ist unheilbar.

Die meisten Menschen haben ihre körperliche und geistige Individualität, ihre Charakter-Idiosynkrasieen! Wird die eine oder andere nicht gehörig eingedämmt, so können sie sich in einem Grade entwickeln, dass sie das ganze Leben des Individuums ungünstig beeinflussen. Solche einseitigen Charakter-Idiosynkrasieen sind z. B. Argwohn, Eifersucht, Falschheit, Hinterlist, Heftigkeit, Rachsucht, Jähzorn. Alle diese Eigenschaften verharren im Bereiche geistiger Gesundheit, so lange sie vollkommen beherrscht bleiben. Werden die Leistungen excessiv, so stören sie die Harmonie der Individualität im Menschen, es zeigt sich dann ein ethischer, moralischer oder irgend ein anderer Defect. Das Vorhandensein eines solchen Defects ist für die Definition des Pathologischen äusserst wichtig. Die sich aus einem solchen ethischen oder anderweitigen Mangel entwickelnden Zustände sind dadurch gekennzeichnet, dass sich die ganze psychische Persönlichkeit unter keine der zahlreichen Typen menschlicher Geistesverfassung einreihen lässt, und dass anatomische und functionelle Anomalieen in Combination mit psychischen Abweichungen ein bestimmtes pathologisches Ganze bilden. Diese Zustände sind indess noch keine Krankheiten an sich; sie sind entweder angeborene Anomalieen oder die Producte abgelaufener Krankheiten.

Das Genie steht in gewisser Beziehung zur Excentricität und zum

Irresein. Das Genie ist in der Regel mit einem besonderen, unfassbaren Vermögen ausgestattet, eine einzige geistige Fähigkeit in ungewöhnlicher Weise zu entwickeln, wie man es bei Künstlern, Wissenschaftlern, Technikern etc. beobachten kann. Neben dieser einseitigen, excessiven Ausbildung besteht fast immer, vor Allem bei Künstlern, eine mehr oder minder ausgeprägte Defectuosität. Labilität des Gleichgewichts ist die richtige Bezeichnung für den geistigen Zustand vieler Genies.

Durch die Unfähigkeit, ihre Triebe regeln zu können, kommt es, dass so viele Männer von Genie sich jede Freiheit, um nicht zu sagen Zügellosigkeit, gestatten. Man nennt dann diese Ungezogenheit leider geniale Freiheit und findet einen solchen Rüpel höchst interessant. Es findet sich sogar neben hohen intellectuellen Fähigkeiten tiefste moralische Perversität bis zum Verbrechen. Der Vortrefflichkeit auf der einen Seite steht auf der anderen der Defect gegenüber. Hierher gehören die einseitigen Talentirungen zum Rechnen, zur Musik, zu gewissen mehr mechanischen Kunstleistungen, die sich wohl mit intellectueller Schwäche, zum Theil sogar mit Idiotismus vertragen. Zur Geistesschwäche scheint der Umstand eine förmliche Disposition zu liefern, dass Jemand von einem ausgemachten Genie abstammt. In dem letzteren haben sich die geistigen Kräfte mehrerer Familienindividualitäten concentrirt und sich damit erschöpft. Es kann selbst unter Geschwistern ein derartiger Contrast bestehen, dass der eine als eine enorme Geistescapacität glänzt und der andere nur mindermässig begabt oder sogar von Blödsinn umnachtet ist.

Hier muss man auch an die frühreifen Wunderkinder und vorzeitig geistig senescirenden Individuen (A man at fife, a fool at fifteen) ebenso denken wie an die kindisch gebliebenen Erwachsenen. „Jene jugendlich frischen Greise“ unterscheiden wir wohl von den „symptomatisch-lasciv aufgeregten Alten;“ bei Letzteren haben wir es mit einer Entartung zu thun. Frühreife Kinder bilden oft die Nachkommenschaft geistes- und nervenkranker Eltern; solche schon im Zeugungskeim getroffenen Individuen können es zu gewissen Fertigkeiten und zu einer hohen Ausbildung in der Musik, Mathematik, Mimik etc. auf Kosten der Entwicklung ihres übrigen Geistes- und Nervenlebens bringen. Enormes Gedächtniss wird sehr häufig bei derartigen psychopathischen Individuen beobachtet; eine Vereinigung aller Talente trifft man höchst selten an. Soweit Savage.

Unter allen bisher betrachteten Erscheinungen, welche einer gemeinsamen Quelle, der Abweichung von der geistigen Norm entspringen, zeigen eine weitere Verwandtschaft: Verbrechen und Geistesstörung. Zwischen einem Verbrecher und einem Irren besteht manches Gemein-

same. So ähnelt z. B. der äussere Habitus eines chronisch Verrückten sehr dem des Gewohnheitsverbrechers.

Obwohl es theoretisch klar liegt, dass ein Mensch mit verbrecherischer Neigung als Kranker angesehen werden muss, d. h. als einer, der unberechenbar ist, so wird doch der Gerechtigkeit häufig im Gegensatze zum ärztlichen Gutachten freier Lauf gelassen.

Eine weitere Verwandtschaft zwischen Irresein und Verbrechen zeigt sich auch darin, dass sich bei so manchem Verbrecher im Verlaut der Strafverbüssung verschiedene psychische Störungen entwickeln. So ist die Epilepsie unter Verbrechern weit verbreiteter als unter der freien Bevölkerung. Die Einzelhaft ist häufig die Entstehungsursache für Sinnestäuschungen. (Eine Parathymie, welche jedem Verbrecher eigen ist, ist die Athymie. Vergl. Lombroso.)

ZWEITER ABSCHNITT.

Geschichte der Psychiatrie.[1])

I. Alterthum.

§. 10.

Aus dem Alterthum werden verschiedene Fälle von Irresein überliefert. So wird im 1. Buche Samuelis (Cap. 16) berichtet, dass von Saul der Geist des Herrn wich und ein böser Geist ihn unruhig machte, und dass er in seinen Anfällen von Wahnsinn durch David's Harfenspiel Erleichterung fand. Von Nebukadnezar, dem König von Babylon, wird im Buch Daniel (Cap. 4) erzählt, dass er sich „für verstossen von allen Leuten glaubte, Gras ass wie Ochsen, dass sein Leib lag unter dem Thau des Himmels und nass ward, bis sein Haar wuchs so gross als Adlersfedern und seine Nägel wie Vogelsklauen wurden.“

Auch Simulationen von Wahnsinn sind uns überliefert worden; so z. B. verstellte David aus Furcht vor Achis, dem König zu Gath, „seine Geberde und rasete unter ihren Händen und stiess sich an der Thür am Thor, und sein Geifer floss ihm in den Bart“ (1. Samuelis Cap. 21, V. 13); Odysseus simulirte Wahnsinn, um sich nicht an dem Feldzuge gegen Troja betheiligen zu müssen. Ajax, der berühmte Kämpfer vor Troja, wird tobsüchtig und stürzt sich selbst in sein Schwert; Orestes

---

[1]) Nach Kirchhoff, v. Krafft-Ebing, Laehr, Eulenburg'sche Realencyklopädie etc. Die im Text angeführte Litteratur ist meist von Kirchhoff in seinem Werk „Grundriss der deutschen Irrenpflege“ citirt.

und Oedipus, die sich von den Eumeniden verfolgt wähnen, bieten typische Fälle von Melancholie, ein solcher von Lykanthropie ist der Wahnsinn des Königs Lykaon von Arkadien, welcher den bei ihm eingekehrten Jupiter schlachten wollte und deshalb von jenem in einen Wolf verwandelt wurde. Ein Analogon für den in neuester Zeit wissenschaftlich erforschten Wahn der Geschlechtsverwandlung, eine angeborene Verkehrung der Geschlechtsempfindung mit dem Bewusstsein des Krankhaften, beschreibt schon Herodot in der Weiberkrankheit der Scythen. Priester trugen dann weibliche Kleider und verrichteten weibliche Geschäfte etc. Auch die Kunst hat im Alterthum Wahnsinnige zu Objecten ihrer Darstellung gemacht, ein weiterer Beweis, dass Psychosen schon damals nicht so selten waren. So haben Maler Züge der heiligen Krankheit des Herakles (Epilepsie) dargestellt, wie die Schilderung zeigt, die Philostratos von einem Gemälde des Herakles mainomenos (Ἡρακλῆς μαινόμενος) giebt.

Es ist eine interessante Thatsache, dass nicht nur im Alterthum, sondern auch im Mittelalter, selbst bis auf unsere Zeit, die Entstehung der Psychosen, wie auch die Auffassung und Erkenntniss derselben zunächst abhängig blieb von den religiösen Auffassungen eines Zeitalters und Volkes, dass überall die Idee herrschte, dass die von Geisteskrankheiten befallenen Individuen entweder unter dem übernatürlichen Einfluss geheimnissvoller Mächte oder der Götter oder schlimmer Dämonen ständen. Infolge dessen beschränkte sich die Therapie damals auf religiöse Ceremonieen, Beschwörungen, Zaubermittel, um die Geister zu versöhnen. Andererseits wurden vielfach die Geisteskranken zu jener Zeit als Heilige verehrt, oder, wie es in Aegypten geschah, in den Tempel geschickt, um sie religiös zu beeinflussen. Doch schon die Griechen machten nach Herodot zwischen Besessenen und wirklich Kranken einen Unterschied; bei Personen z. B., die an Delirium tremens oder hohem Fieber oder nach Alkoholexcessen erkrankt waren, zeigten sich andere Erscheinungen, als bei ersteren. Einen erheblichen Aufschwung nahm die Psychiatrie mit Hippokrates (460 v. Ch.). Er erkannte zuerst, dass das Gehirn der Sitz der Seelenthätigkeit sei, und dass es, wie alle anderen Organe, natürlichen Krankheitsursachen ausgesetzt sei. Von Geisteskrankheiten selbst kannte er melancholische und Tobsuchtszustände, sowie Geistesschwäche. Seine Behandlung war eine somatische, und zwar eine arzneiliche, meist eine ableitende mittels Helleborus nebst Brechmitteln und Aderlass, und eine diätetische.

Männer wie Aretaeus (60 n. Chr.), Galen (160 n. Chr.) machten einen weiteren Fortschritt, indem sie feststellten, dass Hirnleiden sowohl primär, wie secundär durch Affectionen anderer Organe, namentlich der

des Abdomens entstehen könnten (Reflex-Psychosen). Coelius Aurelianus, der zur Zeit Trajan's und Hadrian's lebte, trat als erster für das No-restraint-System bei der Behandlung Geisteskranker ein, wenigstens verwirft er die Zwangsmittel fast gänzlich und betont, dass Geisteskranke nur von Aerzten, nicht von Philosophen richtig behandelt werden könnten.

II. Mittelalter.

§. 11.

Der Aufschwung, den die Psychiatrie unter den genannten bedeutenden griechischen und römischen Aerzten genommen hatte, machte im Mittelalter einem erheblichen Rückschritte Platz. Aberglaube, Mysticismus und Zauberei, welche damals die gesammte Heilkunde beherrschten, spielten auch in der Psychiatrie eine grosse Rolle. Besonders war die im neuen Testament herrschende Anschauung, dass ein Irrer als ein von einem bösen Dämon oder unsauberen Geist Besessener anzusehen sei, einer richtigen Beurtheilung abnormer Geisteszustände nicht förderlich. Dieser ganz allgemein verbreiteten Ansicht entsprechend wurden in der ersten christlichen Kirche „die von unreinen Geistern Geplagten“, unter welche aber auch Epileptiker und mit gichtischen Leiden Behaftete zu zählen sind, in der Kirche verpflegt und dort zu leichteren Arbeiten verwandt. Ein besonderer Exorcist, der damals auch noch ein Laie sein konnte, sollte diesen sogenannten Energumenen täglich die Hände auflegen. Diese Thatsache beweist, dass eine sofortige und plötzliche Heilung eines solchen Kranken regelmässig zwar nicht eintraf, aber auch nicht erwartet wurde (Kirchhoff).

Was die Erkrankungsformen anbetrifft, so treten zu Beginn des Mittelalters besonders die psychischen Epidemieen in den Vordergrund. So war in Aegypten, in der oberen Thebaïs, eine Art epidemischer Erregungszustand, an welchem auch Kinder in grosser Zahl theilnahmen, unter den sogenannten Anachoreten verbreitet. Der bekannteste unter diesen ist der Einsiedler Antonius, der die Schaar leitete und zweifellos selbst krank war (vergl. Ideler, Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns I. Theil, Halle 1848 S. 61 ff.). Auch am Schluss des Mittelalters sehen wir an das Wesen der Anachoreten erinnernde psychische Störungen auftreten, so bei Nikolaus von Flüe, gestorben 1487 als Eremit in Oberwalden in der Schweiz, dessen Visionen augenscheinlich auf krankhafter Basis beruhend weit bekannt und einflussreich waren, und bei Nicolaus von Basel, auch der „Gottesfreund im Oberland“ genannt, der eine Schaar ekstatischer Visionäre um sich hatte.

Während in den ersten Jahrhunderten nach Christi Geburt die Exorcismen und Teufelaustreibungen nur vereinzelt betrieben wurden,

bemächtigte sich bald religiöser Fanatismus dieser Idee und bildete die Dämonenlehre weiter aus. Der Gedanke des Besessenseins verband sich zwar im 4. Jahrhundert mit der Ansicht, dass eine dämonische Einwirkung auf die Kranken überhaupt stattfände (Sprengel, Geschichte der Medicin II. 170); indessen erwähnt im 5. Jahrhundert das armenische Ritual den Exorcismus für Dämonische überhaupt nicht (Sprengel in Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. VII S. 284. Ueber eine Schrift des Bischofs: Elisaeus v. Amathunik: „über die Besessenheit"). Ferner hat Regino, 892—899 Abt des Klosters zu Prüm (Lothringen), Vorschriftsmaassregeln hinterlassen, nach denen dämonische Vorstellungen lediglich als Einbildungen, psychische Störungen, Hallucinationen zu behandeln sind. Der berühmte Agobard, Ende des 9. Jahrhunderts Erzbischof zu Lyon, äusserte ähnliche Ansichten; trotzdem hielt er die Epilepsie für eine Wirkung teuflischer Einflüsse. Jedenfalls waren die Ansichten unklar und schwankend; daher befasste sich auch die Gesetzgebung nicht selten mit der Klarstellung dieser Dinge; so z. B. setzte 785 ein Capitulare Karls des Grossen sogar Todesstrafe darauf, wenn Jemand in teuflischer Verblendung nach Sitte der Heiden an die Wirklichkeit des Zauberwesens geglaubt und die Schuldigen dem Feuertode preisgegeben habe. Als jedoch später die Herrschaft der Scholastik allgemeiner wurde, trat in der christlichen Medicin die Ansicht des leibhaftigen Besessenseins wieder deutlicher hervor. Michael Psellus († 1105) schrieb eine Schrift „über die Wirkung der Dämonen", die im wesentlichen auf Mittheilungen eines Hallucinanten beruhte (cf. Soldan, Geschichte d. Hexenprozesse, bearbeitet von Dr. Heppe, 1880 S. 178), und stellte auf Grund derselben ein philosophisches, im wesentlichen neuplatonisches System der Lehre von den Geistern und deren Hierarchie auf, welches als eine der Grundlagen des Hexen- und Dämonenwesens am Ausgang des Mittelalters anzusehen ist. Besonders mögen auch die Mönchs- und Nonnenklöster geeignete Orte zur Förderung solcher Ideen gewesen sein, „um so mehr, als die ganze Lebensweise abnorme geistige Gefühle in ihnen wuchern liess; zu krankhafter Höhe gesteigert, traten solche Ideen in Streit mit der scholastischen Dämonenlehre, und namentlich religiöse Fanatiker wurden von der Kirche verfolgt und bekämpft als Betrüger oder Besessene, und doch mag Mancher unter diesen gewesen sein, der fest überzeugt war, Christus oder sonst von Gott gesendet zu sein" (Kirchhoff).

Die eigentliche Pflege der Irren, wie sie gegen Ende des Mittelalters in den einzelnen Städten sich gestaltete, berücksichtigte im allgemeinen zwei Punkte: 1) die Stadt von unnöthigen Lasten der Verpflegung der Irren möglichst frei zu halten, und 2) die Sorge um das Gemeinwohl, damit diesem durch die Kranken kein Schaden geschehen

könne. Um die Ausgaben für Verpflegung von Irren, die der Stadt zur Last fielen, möglichst einzuschränken, wurden die auswärtigen Kranken über die Grenze gebracht, mitunter sogar bis an ihren Heimathsort geführt, was ausdrücklich erwähnt wird. Die Zurückkehrenden wurden in der Regel damit bestraft, dass man sie durchprügeln und mit Ruthen zur Stadt hinaustreiben liess. Manchmal erhielt ein Irrsinniger, statt dass man ihn fortbrachte, eine Geldunterstützung, damit er aus freien Stücken nach Hause reise. Auffallend bleibt es allerdings, dass relativ so wenig Einheimische der öffentlichen Pflege anheimfielen. Dies ist vielleicht dadurch zu erklären, dass man die Geisteskranken, so lange sie nicht gefährlich waren, sich selbst und ihren Anverwandten überliess und sie erst dann internirte resp. über die Grenze transportirte, wenn sie öffentlich Anstoss erregten. Verbrechen und Gewaltthätigkeiten aber, welche Irre etwa begingen, wurden, auch wenn sie als Auswärtige transportirt wurden, vorher noch mit Strafen, meist körperlichen, geahndet. An die Möglichkeit einer Heilung und demgemäss an eine psychische Behandlung dachte Niemand.

Wenn einheimische Irre nicht von ihren Angehörigen verpflegt und nöthigenfalls auch eingesperrt gehalten werden konnten, besorgte die Stadtbehörde die Gefangenhaltung der Unglücklichen. Im Anfange des 15. Jahrhunderts konnte die Gefangensetzung noch durch Privatpersonen geschehen; doch scheint schon 1450 ein gewisses geregeltes Aufnahmeverfahren nothwendig geworden zu sein. Auch musste in Nürnberg der Wittwen- und Waisenvormund für die Sachen eines Erkrankten sorgen (1459). Unter Umständen wurden den Kranken Vormünder gesetzt, die über ihr Vermögen zu wachen hatten, so 1497 in Frankfurt a. M. Sehr primitiver Natur scheint die Verpflegung der Irren in Thorn gewesen zu sein. Hier beruhte alles auf privater Wohlthätigkeit. Dass bei einer solchen Verpflegungsart auf die Irren keine besondere Sorgfalt verwandt wurde, ist nicht wunderbar. Den durch eigene Schuld, wie man meinte, vom Teufel oder bösen Geistern Besessenen half man eben nicht. Selbst der „Deutsche Orden“ pflegte zwar neben jedem grösseren „Hause“ (Burg) ein „Hospital“ zu gründen und darin arme Kranke und Sieche aufzunehmen, aber eine Pflege der Irren scheint er nicht gekannt zu haben. Auch bei den sogen. Elenden-Brüderschaften, die sich sonst der Gassenarmen annahmen, wurde die Irrenpflege nicht geübt.

Da man bei der Einsperrung der Irren nur den Zweck hatte, dieselben unschädlich zu machen, so wurden dieselben ursprünglich einfach in das „Loch“ oder den „Thurm“ oder andere Behältnisse, die dazu gut genug schienen, gesteckt. So finden sich zahlreiche Decrete des Rathes von Nürnberg, welche bestimmen, dass Kranke auf Kosten ihrer

Angehörigen in's Loch oder in einen Thurm gesteckt werden sollen. Auch sorgte der Rath dafür, dass die Angehörigen gemeingefährliche Kranke selbst hüteten, damit nicht Schaden von ihnen entstände, falls sie es nicht vorzögen, sie der öffentlichen Pflege zu übergeben. Für die Fälle, dass die Familie selbst ihren irrsinnigen Angehörigen gefangen halten musste, gab es transportable Gefängnisse, die sogen. Stöcke, die man in jedem Zimmer aufschlagen konnte; es gab auch solche zu vermiethen. Aber weder die Einsperrung durch die Familie, noch auch namentlich das Anlegen von Fesseln durfte ohne eine besonders einzuholende Erlaubniss stattfinden. Die Angehörigen unterlagen in Betreff der Art der Aufbewahrung einer Controlle. Wenn der Rath kein Gefängniss frei hatte, gab er auch wohl einer armen darum einkommenden Familie Geld aus dem Almosenkasten zum Miethen eines transportablen Gefängnisses. In Lübeck wurden an Geisteskranke der besseren Stände mit einigem Vermögen, die nicht in der eigenen Familie verpflegt werden konnten, Zimmer in einem der Gefängnissthürme vermiethet, wenn die Kosten dafür gesichert wurden. Dies beweisen Urkunden aus den Jahren 1465—1478.

§. 12.

Im 15. Jahrhundert begann man endlich allgemein mit der Einrichtung von besonderen Abtheilungen für Geisteskranke, wenn man auch eine Behandlung, event. Heilung derselben dabei noch gar nicht in's Auge fasste, es sei denn auf dem Wege der Austreibung böser Geister. So beschloss der Rath von Frankfurt a. M. 1498, also zu einer Zeit, wo es schon im dortigen Hospital ein besonderes Gebäude für Irre gab, einen geistesgestörten Patricier zu seiner Heilung in ein auswärtiges Kloster zu bringen oder von dort einen Priester kommen zu lassen, der untersuchen sollte, ob der Zustand des Kranken von einem bösen Geist herrühre. Ob Genesung eingetreten war, erprobte man daran, dass man den Kranken versuchsweise mehrere Tage freiliess.

Den Ruhm, zuerst eine eigene Irrenanstalt besessen und damit den Anfang einer öffentlichen und geregelten Unterbringung der Irren gemacht zu haben, hat nicht Spanien, wo 1409 in Valencia und bald darauf in anderen Städten solche Anstalten gegründet wurden (cf. Ullersperger, die Geschichte der Psychiatrie und Psychiatrik in Spanien, 1871 p. 65 ff.), sondern, wie Kirchhoff nachweist, Deutschland. Es findet sich nämlich in einer handschriftlichen Chronik über Elbing von Rupson vom Jahre 1326 die Notiz: „Auch ward in diesem Jahre ein Dollhaus zu St. Georgen gestiftet“ (cf. Virchow's Archiv, zur Geschichte des Aussatzes bsd. in Deutschland, Bd. 20, p. 459). Nach der Ansicht Kirchhoff's war es eine Abtheilung für Irrsinnige im Leprosenhause St. Georg in der Altstadt vor dem Marktthor, zumal seit

1326 ein „Dollhaus“ nicht wieder erwähnt wird, was doch sicher geschehen wäre, wenn es ein eigens zu diesem Zwecke errichtetes Gebäude gewesen wäre. Nach H. Laehr (Gedenktage) wurde übrigens schon 1305 in Upsala eine Maison de St. Esprit für Irre gegründet; 1410 finden wir in Padova eine Casa di maniaci. Nach v. Krafft-Ebing hatte Bergamo 1352 ein Asyl.

In Braunschweig wurden wie in Lübeck die Geisteskranken theils an den Thoren der Stadt in sogen. „Dorenkesten“, theils in den Kellern der Büttel in Gewahrsam gehalten und standen unter Aufsicht der Frohnen, Büttel und Marktmeister, die für diese besonderen Dienstleistungen, wie auch für das Einfangen und den Transport fremder Irrer über die Landesgrenze besonders bezahlt wurden. Ursprünglich hatte der Frohne des Gerichts das Recht und die Pflicht, wahnsinnige Leute in die Kisten zu bringen und für sie zu sorgen. Doch stand dem Gericht wahrscheinlich die Aufnahme und Entlassung zu, dem Frohnknecht also nur das Schliesseramt. Die Thorenkisten waren mit Ziegeln gedeckt und mit Eisenwerk versehen, sonst aus Holz gefertigt.

In Zürich gab es schon Ende des 12. Jahrhunderts ein Spital, das auch Irre aufgenommen haben soll. Waren sie bösartig, so legte man sie an „Ysen“ oder „Kettinen“ und brachte sie in „Toubhüslin“ (Einzelzellen). Während also in den genannten Städten die Einzelhaft der Irren vorherrschend gewesen zu sein scheint, waren in Nürnberg und Frankfurt a. M. Einrichtungen für mehrere Geisteskranke getroffen. In erstgenannter Stadt wurde 1460 ein eigenes Gebäude nur für Irre „das Narrenhäuslein“ errichtet, welches also gewissermaassen die erste deutsche Irrenpflegeanstalt, wenn auch primitiver Art, war. In Frankfurt a. M. wurde 1477 im Hauptspital ebenfalls ein besonderes Gebäude für Geisteskranke aufgeführt. Auch Königsberg und Augsburg besassen um diese Zeit schon ähnliche Einrichtungen. Von Hamburg wird im Jahre 1376 ein Aufbewahrungsort für Irre ausdrücklich erwähnt, in einem Thurm der Stadtmauer, genannt die Thoren- oder Tollenkiste, in welcher die der öffentlichen Fürsorge bedürfenden Irren mit Kost und Kleidung versorgt wurden. v. Hess (Hamburg, topographisch, historisch und politisch beschrieben, 2. Aufl. Bd. 1 p. 344, 345. 1811) schildert die Einrichtung eines solchen Aufbewahrungsortes für Irre der niederen Klasse: „Es ist ein alter Thurm mit vier Stockwerken, von denen jedes einige dunkle Behältnisse enthält. Die Gefangenen sitzen gewöhnlich in den untersten Löchern. Im dritten Stockwerk sind in der Mauer Nischen, die gerade Raum für einen aufrecht stehenden, nicht zu beleibten Menschen gewähren, und sowohl hier, wie im vierten Stockwerk liegen eine Anzahl Fussblöcke. In diesem oberen Stock ist auch ein ziemlich langes Behältniss, die Tollkiste genannt.“

Die Mehrzahl der Irren in Hamburg scheint in Familien verpflegt zu sein, da sich aus den Rechnungen ergiebt, dass stets nur eine sehr geringe Zahl im Thurme aufbewahrt wurde. Im Jahre 1500 übernahm das Hospital zum heiligen Geist die Verpflegung der Irren. Dass diese überall nur eine sehr mangelhafte war, ist nicht wunderbar. Ausgaben für Reinigung z. B. kommen in den Rechnungen nur sehr gelegentlich vor. Die Kosten, welche die Städte für Kranke in jener Zeit aufwendeten, scheinen überhaupt nicht gross gewesen zu sein; in Hamburg z. B. zahlte die Stadt im Jahre 1461 an die Hausmutter oder Schliesserin Christine für die Ausgaben eines ganzen Jahres nur 14 tal. 18 sol. Ebenso findet sich in den Nürnberger Stadtrechnungen in den Jahren 1377 bis 1500 nur einmal eine Rechnung über geliefertes Stroh, woraus hervorgeht, dass dieses auch sehr selten erneuert zu sein scheint.

§. 13.

Eine ärztliche Behandlung gab es im allgemeinen nicht, jedoch findet sich in den Jahren 1386 und 1437—1439 in den Stadtrechnungen Nürnbergs „arczt gelts“ (Arzt-geld) öfter erwähnt; also scheinen wenigstens in dieser Stadt die Kranken doch nicht völlig hülflos sich selbst überlassen geblieben zu sein. Wenn nun auch von einer Behandlung Irrer in unserem Sinne damals noch nicht die Rede war, so kann man doch Haeser im Allgemeinen Recht geben, der (cf. Lehrbuch der Geschichte der Medicin etc. 1875 Bd. I S. 805) behauptet: „Dass schon in früher Zeit des Mittelalters die Behandlung der Irren keineswegs so unmenschlich war, als häufig geglaubt wird“. Es ist dieses richtig, wenn wir die Zustände in den folgenden Jahrhunderten zur Zeit des Hexenglaubens und der Hexenverfolgungen mit den soeben geschilderten vergleichen. Zwar mögen oft genug Zwangsmittel in Gestalt von Ketten und Binden etc. angewendet sein, aber zu eigentlichen Misshandlungen von Geisteskranken kam es doch nur ausnahmsweise, während diese später zur Zeit der Hexenprozesse in den folgenden Jahrhunderten an der Tagesordnung waren. Interessant sind folgende Angaben aus Nürnberg, die ein gutes Bild von der Irrenfürsorge jener Zeit geben: 1439 wurde ein Landstreicher auf ein Jahr fortgewiesen, während eine solche vorübergehende Ausweisung sonst niemals erwähnt wird; „man scheint eben gar nicht an die Möglichkeit ihrer Genesung gedacht zu haben“ (Kirchhoff, l. c. S. 14). 1445 behielt man einen Untersuchungsgefangenen länger im Loch, bis man erkenne, wie es mit seiner Vernunft stände. 1449 wird ein Unsinniger freigelassen auf Urfehde, was später regelmässig Gebrauch gewesen zu sein scheint, doch war es verpönt, im Gotteshause mit einem Kranken zu verkehren, vermuthlich weil dieselben für vom Teufel besessen galten. 1420 wurde in Nürnberg ein Knabe 3 Tage ins Loch

gelegt, weil er sich mit einem solchen unter St. Sebalds Chor gesetzt hatte. Auf die juristische Auffassung der Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker bei Verbrechen wirft folgender Fall Licht: Im Jahre 1445 hatte ein Geisteskranker eine Frau getödtet; der Ehemann derselben verlangte den Tod des Mörders, obwohl dessen Geisteskrankheit feststand; nur auf Bitten des Fürsten (des Burggrafen Friedrich) und vieler Anderer liess er sich bewegen, sich mit lebenslänglicher Einschliessung desselben zufrieden zu geben. Als derselbe entsprang, wurden dem Geschädigten die übrig gebliebenen Verpflegungsgelder als Sühne zugesprochen. Es geht hieraus hervor, dass noch 1445 ein Verbrechen durch offenbar constatirte Geistesstörung als nicht genügend entschuldigt angesehen wurde. Es hängt dies damit zusammen, dass nach jener kirchlichen Auffassung des Wahnsinns, nach welcher alle Geisteskranken für Besessene angesehen wurden, derselbe als durch eigenes Verschulden herbeigeführt galt. Die meisten Gesetze nahmen daher keine Rücksicht auf Irre, oder verlangten zur Bestätigung der Unzurechnungsfähigkeit solche Anhaltspunkte, die gerade am seltensten zutreffen, wie heftige tobsüchtige Erregung und früher nachgewiesene Geisteskrankheit (cf. Janovsky in Maschka's Handbuch d. gerichtl. Medicin Bd. I. Erster Abschnitt S. 13 und Wilda, Geschichte des deutschen Strafrechts, Halle 1842, Bd. I S. 644 ff.).

John (Das Strafrecht in Norddeutschland zur Zeit der Rechtsbücher, Leipzig 1858, Theil I. S. 93 ff.) weist zwar nach, dass das Recht bestimmte, dass jede criminelle Strafe, wie Lebens- und verstümmelnde Strafen bei Jugend und Geisteskrankheiten fortfiele, und legt der älteren Medicin, welche nicht im Stande war, überall die Geisteskrankheit zu erkennen, die in der Bestrafung von Geisteskranken liegende Rohheit zur Last.

Interessant ist ein Gesetz des Longobardischen Rechtes (L. Lotharis c. 328), welches bestimmte, dass bei der That eines Wahnsinnigen zwar gar keine Verurtheilung zu Schadenersatz stattfinden konnte, der Kranke aber, wenn er einen Schaden gethan, auch keines Rechtsschutzes genoss. Nach dem Sachsenspiegel jedoch hatte der Vormund einfach den durch einen Geisteskranken angerichteten Schaden zu ersetzen. Eine humanere Auffassung konnte von der Geistlichkeit, deren Pflege den vom Teufel besessenen unglücklichen Irren nur wenig nützte, nicht ausgehen. Erst durch das Uebergehen der Armen- und Krankenpflege von der geistlichen auf die weltliche Verwaltung, die sich in den deutschen Städten seit dem 13. und 14. Jahrhundert vollzog, geschah ein wichtiger Schritt zu einer besseren Erkenntniss der geistigen Störungen.

§. 14.

Aber ehe das Morgenroth einer neuen glücklicheren Zeit auch für die Irren anbrach, durchzog, hervorgegangen aus dem Dämonenwesen und gefördert durch die verblendete Priesterschaft, einer Seuche vergleichbar, der Greuel der Hexenverfolgungen fast drei Jahrhunderte lang alle europäischen Länder, überall zahllose Opfer fordernd, besonders aber in Deutschland. Bereits im Laufe früherer Jahrhunderte war es geschehen, dass man — unter schweigender Zustimmung der Kirche — hier und da einen Hexenmeister oder eine Hexe getödtet hatte. Dass aber ein so aberwitziger Glaube eine solche Höhe erreichen konnte, charakterisirt deutlicher als vieles Andere den damaligen Geist der christlichen Priesterherrschaft. Denn Priester waren es, die den Glauben an Hexenwerke neu belebten und ihn zu einer erstaunlichen Höhe hinaufschraubten.

Was die Zahl und Erkrankungsform der Geisteskranken in der Blüthezeit des Hexenwesens betrifft, so stellten nach Ludwig Meyer Geisteskranke den eigentlichen Typus der Hexen dar, und bildeten den Mittelpunkt der Hexenprocesse; Soldan dagegen schlägt die Zahl solcher möglichen Wahnsinnsfälle sehr niedrig an. Die Ansicht, dass sich, wie bei den Verfolgern, ebenso auch bei den Verfolgten der Hexenglaube in erschreckender Weise ausbildete, ist zurückzuweisen. Das ziemlich plötzliche Auftreten der Hexenprozesse, die furchtbare Ausbreitung und die lange Dauer derselben erklären sich nach Soldan's Darstellung 1) durch den herrschenden Teufels- und Dämonenglauben, 2) durch die Aenderung im prozessualischen Beweisverfahren, welche gegen das Ende des 15. Jahrhunderts eintrat, und 3) durch die den Hexenmeistern gestattete und empfohlene Anwendung der Tortur, sowie die ganze Einrichtung des Hexenprozesses. Die Annahme allein, dass die Hexen meistens geisteskrank waren, oder dass ihre Ankläger an Verfolgungswahn litten, genügt nicht zur Erklärung dieses Aberglaubens, dem Millionen zum Opfer fielen, wenn auch nach Kirchhoff's Meinung unter den vermeintlichen Hexen und Zauberern eine grössere Anzahl Geisteskranker war. Ein Beweis dafür sind nach demselben Autor die einzelnen Antworten der Angeklagten, welche ganz ähnlich lauten, wie bei jetzigen Geisteskranken und die deutlich den Stempel des Krankhaften an sich tragen. Es scheint besonders häufig die sogenannte Dementia senilis vorgekommen zu sein, ausserdem scheinen Epileptische und Verrückte, vorzugsweise die mit religiösen Wahnideen Behafteten oft Gelegenheit gegeben zu haben, sie als Hexen anzuklagen. „Zweifellos glaubten ausserdem noch Viele unter ihnen, den Verkehr mit dem Teufel, der ihnen vorgeworfen wurde, wirklich gehabt zu haben“

(Kirchhoff). Selbst Fieberkranke, deren Delirium die Anklage veranlasste, wurden als Hexen verbrannt.

Nicht selten mögen nach Meyer andere Geisteskranke die Rolle der Angeber gespielt haben, wobei sie ihre Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen in ganz so gutem Glauben beschworen, wie dies heute noch von entsprechenden Geisteskranken geschieht. Auch wurde Hexen und Zauberern vorgeworfen, andere durch ihre Künste besessen gemacht zu haben, wobei es schwer ist, die Frage zu beantworten, ob die Angeklagten selbst geisteskrank waren. Ausser Maniakalischen und Verrückten befanden sich nach Kirchhoff wohl auch Kranke mit perversen Sexualempfindungen nicht selten unter den Angeklagten, da ja geschlechtliche Vorfälle unter den Anklagen eine so grosse Rolle spielten; in grösserer Zahl haben aber sicher kataleptische, stuporöse und hysterische Individuen das Heer der Zauberer und Hexen vermehrt. Ueberhaupt treffen wir ausser der Dementia paralytica, die erst eine Krankheit der neueren Zeit ist, alle Formen geistiger Störung unter den Opfern der Hexenverfolgung. Zuweilen führte die grausame Tortur aber auch erst während der Untersuchungen in Verbindung mit der Seelenangst der Unglücklichen zu Wahnsinn. So lange der Hexenglaube herrschte, war von einer Irrenpflege höchstens im Sinne der früheren Jahrhunderte die Rede; erst allmählich brachen sich verständigere Ansichten Bahn und brachten mit der Erkenntniss, dass es sich nicht selten um Kranke handle, Vorschläge und Ansichten über eine Behandlung und Pflege zur Reife.

§. 15.

Doch bevor wir in der Betrachtung der Geschichte der Psychiatrie weiter fortfahren, wollen wir die Frage erörtern, ob die Zahl der Geisteskranken damals so sehr viel geringer gewesen ist, als heutzutage, und ob darum die Berichte über Irre so spärlich sind.

Manche folgern aus der geringen Zahl der aufgeführten Berichte, die übrigens meist nur Vornehme betrafen (cf. Bird, Ztschr. f. Psych. 1850, Bd. VII, S. 45), dass die Zahl der Irren im Mittelalter so ausserordentlich gering war. Doch kann die Ursache für die mangelhafte Art der Berichterstattung auch die sein, dass nur Geistliche, die Bettelorden, Minoriten und Dominikaner Geschichte schrieben und diese hatten eben kein Verständniss für die Geisteskranken. Nach der Ansicht Kirchhoff's gingen die bis dahin zerstreuten und unbeobachtet gebliebenen Geisteskranken unter den psychischen Epidemieen des Mittelalters verloren, ohne besonders erwähnt zu werden. Sicher sind auch in den

Kreuzzügen manche Kranke aus Deutschland gewandert und der öffentlichen Beobachtung entgangen. Kirchhoff nennt die Kreuzzüge sogar ganz passend „Abzugscanäle für geistig Kranke mancherlei Art, die auf diese Weise unerkannt zu Grunde gingen." Ferner kommt in Betracht, dass zahlreiche Melancholische und Blödsinnige, die in Familien verpflegt wurden und nicht in Conflict mit ihrer Umgebung kamen, in den damaligen Berichten nicht bemerkt wurden, die bei der jetzigen besseren Statistik mitgezählt werden. Zuletzt werden manche Selbstmörder, Verunglückte und die grosse Zahl der Verbrecher und sittlich Entarteten, deren psychischer Zustand wohl immer völlig verkannt wurde, hinzuzurechnen sein.

Als ein weiteres Moment bei der Frage nach der Zunahme der Geisteskranken kommt in Betracht, dass bei der Verbesserung der Irrenanstalten die Angehörigen eines Geisteskranken sich weit eher entschliessen als früher, denselben der Pflege einer Anstalt anzuvertrauen; die Ueberfüllung der Anstalten gerade mit solchen früher unbeachteten Kranken und das spätere Absterben derselben infolge der besseren Pflege lässt die Zunahme der Kranken relativ noch grösser erscheinen.

Berücksichtigung verdient auch das relative Verhältniss der Zahl der Irren zur Bevölkerung; da diese so gering war, musste die absolute Zahl der Geisteskranken es auch bleiben. Da ferner alle sogenannten „Besessenen" nicht als Irre betrachtet und demgemäss behandelt wurden, so kann man sich nicht mehr wundern, dass von Geisteskranken so wenig berichtet wird. Auch rechnet man heutzutage manche Hypochondristen, Hysterische und Verrückte zu den Geisteskranken, die man früher als noch innerhalb der Gesundheitsbreite stehend und nicht für pathologische Individuen hielt.

Jedenfalls kann man nicht behaupten, dass die Zahl der Irren in der Neuzeit so unverhältnissmässig zugenommen hat, wie vielfach geglaubt wird. Eine direkte Zunahme der Geisteskranken lässt sich nur für zwei Krankheiten nachweisen, die progressive Paralyse und die Dysthymie. Dass mitunter auch Vorkommnisse, die scheinbar in gar keinem Zusammenhange mit dieser Sache stehen, einen Einfluss auf die Zu- resp. Abnahme der Geisteskrankheiten ausüben, weist Mierzejewski (Petersburg) für Russland nach, wo sich nach Herabsetzung der Spiritussteuer die Zahl psychischer Erkrankungen bedeutend steigerte, so dass im ersten Jahre nach Herabsetzung der Steuer viermal mehr Aufnahmen in den Petersburger Anstalten vorkamen.

III. Neuzeit.

1. Unterbringung der Irren

vom Beginn der Neuzeit bis zum Ende des 18. Jahrhunderts.

§. 16.

Die politische Zersplitterung Deutschlands ermöglichte auch in den nächsten Jahrhunderten nach der Reformation keine einheitliche Entwicklung der Irrenpflege.

Sehr wahrscheinlich wurden mit dem Erlöschen des Aussatzes die Geisteskranken neben anderen meist unheilbaren Kranken, wie Syphilitischen, Blatterkranken, mit der fallenden Sucht Behafteten etc. in die leeren Aussatzhäuser gebracht, ausdrücklich giebt dies Virchow (Zur Geschichte des Aussatzes) für Lipplingen im badischen Seekreis an; so geschah es auch 1589 in Stuttgart, nachdem seit 50 Jahren keine Aussätzigen mehr vorhanden waren, desgl. 1542 in Schleswig-Holstein etc. So mag indirect das Erlöschen des Aussatzes der Unterbringung der Irren zuweilen zu Gute gekommen sein.

Erst später im Anfang des 16. Jahrhunderts richtete man allgemein in den Spitälern besondere Räumlichkeiten für Geisteskranke ein, während vorher dieselben von den andern Insassen nicht abgesondert waren. In Würzburg z. B. fanden dieselben seit 1576 Unterkunft im Julius-Hospital und zwar in denselben Lokalitäten, die heute noch für die unheilbaren Irren benutzt werden. Es kann daher dieses Spital als eine der ersten deutschen Irrenpflege-Anstalten bezeichnet werden. (Kirchhoff.)

Auch ehemalige Klöster wurden mitunter zu Asylen für Irre benutzt; so errichtete 1533 Landgraf Philipp in einem ehemaligen Cisterzienser-Kloster zu Haina (Provinz Hessen) eine Anstalt für arme Wahnsinnige und Presshafte ein. (Laehr.) Noch 1786 wandelte man ein 1224 gegründetes Nonnenkloster zu Blankenburg in Oldenburg in eine Irrenanstalt um.

In einzelnen Städten, z. B. Frankfurt a. M., wurden Geisteskranke auch in Gefängnissen und Zuchthäusern dauernd oder vorübergehend verpflegt, später (im 17. und 18. Jahrhundert) scheint diese Art der Unterbringung die gewöhnliche gewesen zu sein. In diese Zeit fällt die Gründung der meisten dieser Zuchthäuser, so in Hamburg 1615, Basel 1667, Breslau 1668, Frankfurt 1684, Spandau 1687, Königsberg 1691, Leipzig 1701, Halle 1717, Kassel 1720, Celle 1731, Torgau 1771 etc.[1])

---

[1]) Wagnitz, Historische Nachrichten und Bemerkungen über die merkwürdigsten Zuchthäuser in Deutschland, Halle 1791.

Ein besonderer Unterschied zwischen den verschiedenen Kategorieen der Insassen dieser Häuser scheint im Allgemeinen nicht gemacht zu sein. In Celle z. B. war die Kleidung bei allen die gleiche, und in Halle wurden Züchtlinge und Melancholische in den Berichten rubrikenweise neben und unter einander geordnet aufgeführt.

2. Die Pflege der Geisteskranken.

§. 17.

Wenn auch der unselige Aberglaube an Zauberer und Hexen, der in den früheren Jahrhunderten so viele Opfer gefordert hatte, allmählich einer besseren Erkenntniss wich, so blieb das Loos der Geisteskranken doch noch ein sehr trauriges. Nach Kriegk (Deutsches Bürgerthum im Mittelalter. 1871. Das Gefängnisswesen S. 37—52 citirt von Kirchhoff) sassen die Gefangenen in Frankfurt a. M. z. B., unter denen sich zweifellos eine ziemlich beträchtliche Zahl Irrer befand, nicht selten Jahre lang in einem halb dunkeln, oft mit Mäusen und Ratten bevölkerten Kerker. Gewöhnlich gab es kein Bettzeug, nicht einmal einen Strohsack, sondern nur wie für Vieh hingestreutes Stroh, das noch dazu selten erneuert wurde. Von Heizung und Beleuchtung war nicht die Rede. Die Beköstigung war natürlich auch eine sehr mangelhafte. Sehr schlimm war ferner das Zusammenleben in engen Räumen, noch 1788 fasste in Magdeburg ein einziges Zimmer 48 Gefangene verschiedenen Alters und Geschlechts in sich. An anderen Orten scheint wenigstens eine Trennung der Geschlechter Regel gewesen zu sein. Die Unsauberkeit, die Menge des Ungeziefers, der pestilenzialische Geruch machte den Aufenthalt in solchen Räumen zu einem entsetzlichen. Hier blieben die Unglücklichen, auch wenn sie erkrankten. Tag und Nacht behielten sie dieselben Kleider an. Ein Züchtling sass hier an ein und derselben Stelle 5 Jahre angeschmiedet. In Mannheim herrschten ähnliche Zustände, in Königsberg lagen noch 1789 Sterbende mit Ketten angethan. In Hamburg mussten häufig mehrere Kranke zusammen ein Bett theilen. Kam es nun vor, dass einer von ihnen nach 10 Uhr Abends starb, so blieb er bis zum anderen Morgen bei seinem Bettgenossen liegen; dies war sogar noch im Jahre 1784 der Fall; doch ist es als ein Vorzug anzusehen, dass in dieser Stadt die Geisteskranken nicht wie in anderen Orten mit Verbrechern zusammen in's Zuchthaus kamen, sondern im Krankenhause untergebracht wurden. Ja sogar geisteskranke Verbrecher wurden der strengen Zucht des Gefängnisses entzogen und in ärztliche Pflege gegeben (Baumbach, Versuch einer psychisch-medicinischen Beschreibung von Hamburg, 1801, p. 414, citirt von Kirchhoff).

Eine rühmliche Ausnahme in der Pflege Geisteskranker macht ferner die Stadt Braunschweig. Unruhige Kranke wurden zwar auch hier in die „Kojen“ (Tobzellen) gesteckt, und die ruhigen mussten mit den Züchtlingen leichtere Arbeit verrichten, wie Wolle kratzen, Brasilienholz raspeln, Decken anfertigen, spinnen etc., doch wurde von ihnen kein bestimmtes Pensum verlangt, wie von den Züchtlingen. Selbst Vergnügungen wurden den Geisteskranken hier gestattet, z. B. Kegelschieben am Sonntagnachmittag (Kirchhoff). Seit 1678 nahm die Anstalt in Braunschweig vornehme Kranke gegen ein Kostgeld von 90 Thalern als sogen. Staatskostgänger auf. Es waren meist Adelige, die besondere heizbare Zimmer und Aufwartung hatten. Diese Kranken kamen ausser aus Braunschweig auch aus benachbarten Ländern und Städten, ein Beweis für den guten Ruf der Anstalt. (Etwaige Ausgaben für Arzt und Apotheker wurden extra berechnet, Trinkgelder wurden vorausgesetzt).

Die Strafarten, welche anscheinend ohne Unterschied bei Kranken und Gesunden angewandt wurden, waren recht grausam. Charakteristisch ist das zur Beschämung dienende Klotztragen oder Festschnallen auf dem sogen. Tollstuhl als Strafmittel für Züchtlinge. Grausam war die Anwendung der Peitsche, welche oft aus Draht geflochten war, wobei des Betreffenden Kopf und Arme durch einen Klotz mit Löchern gesteckt wurden, oder es wurde die Fiddel in Anwendung gebracht, eine Maschine, die den Kopf niederhielt, die Arme vorwärts zog und die Füsse befestigte. Andere Marterinstrumente waren: das Brätzel zum Einschrauben der Hände, die Weife, ein eisernes Halsband mit zwei Stäben, ebenfalls zum Einschrauben der Hände, der Hase etc. Unruhige Kranke wurden mit Tollriemen befestigt, ferner wurde ein Zwangsstuhl benutzt, auch zugleich als Strafmittel für zänkische Kranke, dessen Einführung Wagnitz als einen grossen Fortschritt der Humanität preist. Endlich waren Handschuhe mit eisernen Ringen im Gebrauch, um Selbstmord zu verhüten. Verbrechen, die Geisteskranke begingen, wurden ebenso streng bestraft, als wenn die That von Geistesgesunden ausgeführt wäre. So wurden mehrfach, u. a. in Nürnberg und Strassburg, Irre wegen vollführten Todtschlages mit Folter und Hinrichtung bestraft, obwohl ihre Geisteskrankheit erwiesen war. Zu tadeln ist besonders an der Verwaltung der Anstalten, dass die Irren noch immer zur Schau gestellt wurden. In Lübeck z. B. wie in Berlin war es Volkssitte geworden, in den ersten drei Fastnachtstagen des Unsinnigen Haus zu besehen, wobei der Zulauf Neugieriger stets ein sehr grosser war. Erst am Anfang dieses Jahrhunderts wurde dieser Missstand allgemein abgeschafft. Wenn auch die Art der Unterbringung der Geisteskranken in den Zuchthäusern vieles zu wünschen übrig liess, so wurde doch die Behandlung Irrer milder, und namentlich seit 1750 machte sich anfänglich zwar vereinzelt, später jedoch immer allgemeiner das Bestreben kund, den Irren als Kranken zu begegnen, und im Hinblick auf einzelne Genesungen, welche die Heilkraft der Natur selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen des Tollhauses zu Stande gebracht hatte, womöglich durch

Verbesserung ihrer materiellen Lage die Möglichkeit einer Heilung anzubahnen. Damit kam auch immermehr der Grundsatz zur Geltung, dass es eine Pflicht des Staates sei, für die Irren zu sorgen.

Der grosse Reformator des Gefängnisswesens John Howard war der erste, der das Elend der Kranken im 18. Jahrhundert zuerst mit Erfolg zur Sprache brachte und für eine Verbesserung der Zustände wirkte. Aber erst in Verbindung mit den humanen Auffassungen der Neuzeit gelang es der mittlerweile fortgeschrittenen Diagnostik erträglichere Formen der Irrenpflege anzubahnen.

3. Die ärztliche Behandlung Geisteskranker.

§. 18.

Paracelsus (1490—1541), einer der hervorragendsten Aerzte seiner Zeit, gab die ersten Anleitungen zur Behandlung Geisteskranker; wenn er auch von dem Aberglauben seiner Zeit sich nicht ganz frei machen konnte und daher den Hexen und Zauberern wenig nützte, so trat er doch wenigstens nicht mit seiner ärztlichen Autorität direct gegen sie auf. Paracelsus behandelte die Irren äusserlich durch Oeffnen der Extremitäten an den Zehen und Fingern und am Haupt entweder mittels Blasen ziehender und Aetzmittel oder durch Instrumente, ferner innerlich mit abführenden Mitteln. Schlaf hielt er für ein wichtiges Erforderniss zur Heilung. Ferner giebt er Vorschriften zu einer Art psychischer Behandlung, um den Kranken von seinem thierischen Verstand abzubringen und ihn auf den vernünftigen Weg zu leiten. Für den Fall aber, dass alles nichts helfe, räth er, ihn in die äusserste Finsterniss zu werfen, „damit er durch die Kraft seiner Viehgeister nicht die ganze Stadt, sein Haus, sein Land mit verführ“. Bei diesen Fällen hört also auch für ihn in der Behandlung wenigstens der Unterschied zwischen Besessenen und Kranken auf, und Exorcismen, Beten, Fasten sind die einzigen Mittel. Der erste energische Vertheidiger der Hexen gegenüber ihren Verfolgern war Weyer (1588). Allerdings leugnete auch er noch nicht die Einwirkungen des Satans auf Geisteskranke vollständig, er bemühte sich aber, die Annahme der Zauberei auf seltene Fälle zu beschränken. In jedem Falle von Besessensein solle der Arzt sein Augenmerk darauf richten, ob es sich nicht um Geistesverwirrung oder Giftmischerei handle.

Bei Plater (1537—1617), durch den u. a. die Anatomie in Basel einen grossen Aufschwung nahm, trat die psychische Art der Behandlung mehr in den Vordergrund, auch die Zwangsmassregeln hat er verringert, doch ihre Nothwendigkeit oft hervorgehoben. So sind z. B. Strafen ein wichtiges Mittel in seiner Therapie: Gemüthsbewegung soll

zuerst durch Tröstung, Ermahnung, Ueberredung behandelt werden, dann kommen Drohungen und Schläge. Ausser Schlafmitteln spielen Abführmittel in seiner „Praxis medica“ (1610) eine grosse Rolle, daneben empfiehlt er Bäder und eine Art Massage, sowie Ausreissen der Haare und verschiedene Amulette. Auch auf gute Diät, frische Luft und Ortswechsel wird von Plater Werth gelegt. „So schwankte er, ein echtes Kind seiner Zeit, zwischen Aberglauben und Wissen“ (Kirchhoff), doch das Verdienst bleibt ihm, im ernsten Streben nach Erkentniss, den rechten Weg zur Behandlung und Beurtheilung Geisteskranker angebahnt zu haben.

Interessant sind Berichte des Reformators Luther über die Art psychischer Behandlung, die man damals hin und wieder einem Geisteskranken angedeihen liess. Ein Melancholiker, der einige Tage beharrlich Nahrung verweigerte, wurde dadurch wieder bewogen, Speise und Trank zu sich zu nehmen, dass ein feister Mönch vor seinen Augen an einer herrlich besetzten Tafel sich's wohl schmecken liess, bis der Kranke von selbst kam und zu essen und zu trinken verlangte, worauf er der „Melancholei“ los wurde. Andere sollen dadurch gesund und vernünftig geworden sein, dass Jemand ihnen beständig nachahmte und sich stellte, als sei er auch von denselben Wahnideen befallen, wodurch die Kranken von ihren „Phantaseien“ abgeführt wurden. Andere Beispiele, die v. Krafft-Ebing erzählt, sind nicht minder charakteristisch für die Art und Weise, auf welche man versuchte, den Wahn der Kranken auszutreiben. Ein Kranker, der sich ohne Kopf glaubt, wird dadurch angeblich geheilt, dass man ihm eine Mütze von Blei aufsetzt. Einer hysterischen Frau, die eine Schlange im Magen zu haben wähnt, reicht man ein Brechmittel und praktizirt eine Eidechse ins Gebrochene. Einen Kranken, der sich für so kalt hält, dass er glaubt, nichts anderes als das Feuer könne ihm seine natürliche Wärme wieder verschaffen, lässt Zacutus Lustianus (1571—1642) in einen Pelz nähen und diesen anzünden.

Auf die Art der Pflege und Behandlung geistig erkrankter Fürsten und Personen höherer Stände wirft die Monographie von Spengler (Die Geisteskrankheit des Herzogs Philipp von Mecklenburg, Neuwied 1863) Licht. Dieser Herzog wurde 1537 im Alter von 23 Jahren blödsinnig und starb 1557. Die Behandlung scheint sich Anfangs nur auf Beaufsichtigung beschränkt zu haben; in verschiedenen Gutachten anderer Aerzte wurde empfohlen, ihn aufzuheitern, ihn niemals zu reizen, auch nicht durch Widerspruch etc. Ruhe und Schlaf seien nöthig, viel Bewegung aber schädlich. 1545 wurden jedoch Spaziergänge verordnet. Die Diät war genau vorgeschrieben, Stuhlgang musste täglich mindestens einmal erfolgen. Starker Wein wurde ihm verboten, wöchentlich musste er ein Wannenbad von einstündiger Dauer 1—2 Stunden vor der Abendmahlzeit nehmen. In dasselbe wurden Kräuter gethan, auch wurde der Kopf mit besonderen Wässern und warmen Tüchern gewaschen. Später wird ein Räucherbad angewandt aus verkohlten Aschen, Lorbeeren etc. Der Weiber soll er sich enthalten; dagegen wird ein anderes Mal der geschlechtliche Umgang zu Zeiten sogar empfohlen. In den Hundstagen wird ein Aderlass gemacht. Daneben wurden zahlreiche Medicamente gebraucht.

Im Vergleich zu dieser Sorgfalt berührt die Vernachlässigung der armen Geisteskranken um so betrübender. Die ärztliche Behandlung derselben, wenn solche überhaupt stattfand, lag nicht selten in den Händen der Scharfrichter und wunderthätigen Schäfer und war demgemäss höchst unzureichend. Sogar noch 1736 und 1766 wurden Scharfrichter zur Kur von Irren angenommen. Aber auch die Aerzte waren noch im 17. und 18. Jahrhundert sowohl in der Erkenntniss wie in der Behandlung Geisteskranker noch sehr weit zurück, was u. a. auch daraus hervorgeht, dass die Hamburger Aerzte angesichts der häufigen Fälle von Besessenheitswahn erklärten, das läge an der Milz und käme von den gesalzenen Speisen her, die das Volk genösse. Schädlicher aber als ihre nicht sehr zweckmässige Behandlung wirkten die Exorcismen, die besonders von Geistlichen ausgeübt wurden, welche dieses scheinbar für ihr Privilegium hielten. Denn noch lange Zeit stritt man sich darüber, ob ein Irrer der Geistlichkeit zu überlassen sei oder als ein Kranker betrachtet werden müsse, der wie andere Kranke von Aerzten und mit Medikamenten zu behandeln sei. Wie sehr aber die Therapie der psychischen Krankheiten selbst noch um das Jahr 1800 im Argen lag, erfahren wir aus Berichten von Horn, der zwölf Jahre lang zweiter Arzt am Königl. Charité-Krankenhause zu Berlin war. Derselbe schildert die damals üblichen Behandlungsmethoden, namentlich die, welche durch mechanischen Zwang einen heilsamen Einfluss auf die Kranken ausüben sollten. Eine sehr beliebte Kurart war die Ekelkur, „deren Rückwirkung auf den Geisteszustand nicht selten die herrlichsten Folgen zeigte". Eine andere Kur bestand darin, dass 200 Eimer eiskalten Wassers über den Kopf gestürzt wurden, oder dass aus einer Spritze ein starker Strahl auf Scheitel, Nacken und Rücken, Unterleib und Geschlechtstheile geleitet wurde. Auch diese Kuren sollen glückliche Heilungen bewirkt haben.

Im Jahre 1807 führte Horn den Gebrauch der Drehmaschine von Cox ein, die er etwas modificirt und durch einen Drehstuhl erweitert hatte. Vermittelst eines Rades, dessen Bewegung durch einen Gehilfen bewirkt wird, wird dieser Drehstuhl und mit ihm der Kranke in schnellen Kreisen um seine Axe gedreht. Den Meisten ist diese Bewegung höchst lästig und unangenehm. „Eben diese Erweckung einer widrigen Empfindung, eben dieses ungewohnte Einwirken auf das Gemeingefühl", sagt Horn, „reihen diese Vorrichtung an die Klasse der indirect psychischen Heilmittel. Wüthende Kranke wurden hierdurch gebändigt, stürmische und unruhige wurden zur Folgsamkeit und Ordnung gebracht, arbeitsscheue und träge wurden geweckt und fleissiger." (Auf dem Sonnenstein baute man bald nachher eine Maschine nach gleichem Muster.) Eine harmlosere Methode der Beruhigung war das Ziehen

und Fahren eines Wagens, in dem 4 Personen sassen, während 25 bis 30 ihn zogen.

Als ein Beruhigungs- und Zwangsmittel führte Horn einen Sack ein, von etwa 6 Fuss Länge, aus Sackleinewand verfertigt und von so lockerem Gewebe, dass man durch dasselbe hindurch jeden Gegenstand wie durch einen Flor wahrnehmen konnte. „Das Tragen des Sackes vermindert den Einfluss des Lichts auf den Geisteskranken, erschwert den Anblick der Umgebung, beschränkt die unbändigen Bewegungen, durch die der Kranke sich selbst und Anderen schaden kann, — er imponirt dem Kranken" u. s. w. So rühmt Horn die Vorzüge des Sackes, den weder der Aufenthalt in einem verdunkelten Zimmer zu ersetzen vermöge, noch der sogenannte englische Kasten oder Sarg. Horn will durch den Sack Lebensüberdrüssige geheilt haben, die durch Hungertod zu sterben versuchten. Als unschädliche Zwangsmittel führt Horn den Zwangsstuhl und das Zwangsstehen an. Im Zwangsstuhl hingen die Füsse herab und waren befestigt, die Arme an den Lehnen. Die erzwungene Stellung sei deshalb nützlich, weil sie das Gemeingefühl des Kranken auf eine unangenehme Weise afficire. Beim Zwangsstehen war der Kranke mittels Riemen an Haken so festgeschnallt, dass er sich weder legen noch setzen konnte, sondern fortwährend aufrecht stehen musste, die Arme horizontal ausgestreckt; oft waren auch die Füsse mit breiten ledernen Riemen zusammengehalten, um ein Stossen mit denselben zu verhindern. Die Vorzüge dieses Verfahrens beständen nach Horn darin, dass sich der Kranke währenddessen genau beobachten lasse. „Er kann das Darreichen der Arzneien und Getränke nicht hindern. Dies Zwangsstehen beruhigt die heftigsten Paroxysmen des Kranken, es befördert Müdigkeit und Schlaf; es wird ohne Gefahr 8—12 Stunden und länger! auch als Strafmittel benutzt." Da es billig, einfach und leicht anwendbar war, wurde es auch in der bürgerlichen Praxis viel angewandt. Andere Mittel waren die Zwangsjacke und die Beinkleider, die so lang waren, dass sie unten zusammengeknüpft werden konnten. Die Wichtigkeit der Beschäftigung und Arbeit betont auch schon Horn.

Eine Behandlungsweise für weibliche Kranke war die militärische Exercirübung unter Leitung reconvalescirter Militärkranker. Unfolgsame und träge Kranke mussten mit Sand beschwerte Tornister schleppen. Statt der früher üblichen Ketten brauchte Horn nur breite Riemen. Dass er aber in 12 Jahren unter 2100 Kranken 700 Heilungen gesehen haben will, wie er berichtet, ist etwas unwahrscheinlich.

Auch Schneider[1]) legt grossen Werth auf die Ekelkuren, denen

---

[1]) Peter Joseph Schneider, Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychische Krankheiten. Tübingen 1824.

ein rein psychischer Zweck zu Grunde liege; „denn der Ekel sei eigentlich die Abwendung der Selbstheit von sich.“ Schaukel und Drehbett empfiehlt er gegen epileptische Paroxysmen und gegen offenbar mechanische, innerhalb des Schädels liegende Ursachen. Mit diesen Kuren solle man das Hin- und Herfahren mit einem glühenden Eisen über die Fussohlen verbinden oder brennendes Siegellack in die Hände tröpfeln (Reil), doch sei letzteres weniger wirksam, ebenso Moxa, Höllenstein etc. Ferner wird das Peitschen mit Nesseln empfohlen und lebendige Ameisen in einem Sack von Flor oder Musselin auf den Körper zu legen. Auch Bäder, besonders Schneebäder, werden von Schneider als gute Mittel vorgeschlagen.

Als äusserlich beruhigende Mittel werden erwähnt: der Sack, der Schrank, der englische Kasten oder Sarg, das uhrförmige Gehäuse, das hohle Rad (es sollte aufgeregte Kranke durch Ermüdung in Folge der fortwährenden unfreiwilligen Bewegung beruhigen), die Autenrieth'sche Maske, welche Nase und Augen freiliess, den Mund aber verschloss, der Fallhut, das Zwangskamisol, der Zwangsstuhl, die Zwangswiege; ferner werden angewandt neben Zwangs- oder Tollriemen metallene Armbänder, Däumlinge und lederne Handschuhe, endlich ein Instrument, die Birne, welche in den Mund gesteckt und mit Bändern am Nacken befestigt wurde. Wenn jetzt wohl noch vereinzelt und unter strengster Kontrolle Handschuhe und Zwangsjacke angewandt werden, so werden dieselben doch nie als Heilmittel, sondern nur als Schutzmittel angesehen, und das ist ein grosser Unterschied gegen früher. Modern eingerichtete Anstalten mit genügendem Wartepersonal werden auch diese Mittel entbehren können. Eine andere Einrichtung, die aber auch in den freiesten neueren Anstalten unumgänglich nöthig ist, ist das aus dem Autenrieth'schen Pallisadenzimmer hervorgegangene Isolirzimmer, das als Schutzmittel für aufgeregte Kranke dient.

4. Die Irrenpflege im 19. Jahrhundert.

§. 19.

„Das erste Land, in welchem eine Heilung der Irren im Grossen angestrebt wurde, war England, in welchem um die Mitte des vorigen Jahrhunderts eine Heilanstalt, St. Lukes in London, freilich in noch sehr primitiver Weise, gegründet wurde“ (v. Krafft-Ebing). Es war dieses also die erste Anstalt, welche ausdrücklich und ausschliesslich den Heilzweck verfolgen sollte. Ihr folgte bald darauf die Errichtung der Anstalt „Retreat“ bei York, die von den Quäkern gegründet und nur für diese bestimmt war.

Auf dem Continente schloss sich zunächst Frankreich den Humani-

tätsbestrebungen an. Hier nahmen die grossen Krankenhäuser, die 1653 in Paris gegründete Salpêtrière und das etwas früher bei Paris errichtete Charenton, desgleichen seit 1660 das Hôtel Dieu und endlich das Hôpital général Irre auf. Trotzdem man also eine ausgedehnte Irrenpflege schon früh hatte, herrschten doch noch zahllose Missstände, und die Behandlung und Verpflegung war eine trostlose. Es ist und bleibt das unvergängliche Verdienst Pinels, eines Arztes an der Bicêtre in Paris, den Anstoss für die Umgestaltung der ganzen bisherigen Irrenbehandlung gegeben zu haben. Angeregt von den grossen humanistischen Ideen seiner Zeit, setzte er eben während der stürmischen Tage der französischen Revolution und Anfangs nicht ohne Gefahr für seine eigene Existenz dicht vor den Thoren von Paris, in Bicêtre, seine grossen friedlichen Reformen durch, die er (1792) damit begann, den Kranken die Ketten abzunehmen. [Allerdings dauerte es auch in Frankreich noch mehrere Jahrzehnte, bis die allseitige Durchführung der humanen Principien vollendet war. Noch im Jahre 1818 müssen nach einem Berichte Esquirols, welcher die Irrenabtheilungen von 33 französischen Städten besucht hatte, die Verhältnisse sehr traurige, theilweise sogar entsetzliche gewesen sein. Und wenn auch in Folge dieses Berichtes das Ministerium in Frankreich am 16. Juli 1819 ein Circular erliess, in welchem einzelnen Hauptübelständen abgeholfen wurde (z. B. in den Zellen seien Fenster anzubringen, Nahrungsmittel seien mehrmals am Tage zu geben, die Wärter dürfen nicht mit Stock, Ochsenziemer oder von Hunden begleitet einhergehen, täglicher Besuch des Arztes sei nothwendig, statt Ketten und Halsbändern seien Kamisol und Zwangsweste anzuwenden etc.), so brachte doch erst ein Gesetz vom 30. Juni 1838 gründliche Abhilfe.]

In Deutschland war es Langermann, der 1810 für die Verbesserung des Irrenwesens eintrat, und der Umschwung der Ansichten war schon ein so bedeutender, die Anerkennnng der Heilbarkeit und Heilbedürftigkeit des Irreseins war schon so weit vorgeschritten, dass Langermann zuerst praktisch und nachdrücklich auf Errichtung eigener Heilanstalten und deren gänzliche Geschiedenheit von den Anstalten für Unheilbare dringen konnte. Die erste deutsche Heilanstalt, in welcher die neuen Ideen durchgeführt wurden, war der Sonnenstein in Sachsen unter der Leitung von Pienitz, welchem als Pflegeanstalten anfangs Waldheim, später Colditz zur Seite standen. Einer der ersten, welche sich in Deutschland gegen die menschenunwürdige Behandlung der Irren erklärten, war Hayner, ein Arzt an der Versorgungsanstalt zu Waldheim in Sachsen. In einer 1817 von ihm erschienenen Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schwerer Gebrechen in der Behandlung der Irren zählt er folgende Gründe gegen das Anschliessen an Ketten auf: 1. Es ist unanständig,

einen kranken unglücklichen Menschen wie einen Hund oder Bösewicht an Ketten zu hängen. 2. Der Gebrauch der Ketten ist ungerecht und erbittert die Unglücklichen. 3. Das Anlegen der Irren an Ketten ist ihrer körperlichen Gesundheit schädlich. 4. Die Verwahrung der Irren durch Ketten verschlimmert die Seelenkrankheiten und hindert deren Heilung. 5. Das Anschliessen an Ketten war schon oft die Ursache von Rückfällen der Genesenen. Ebenso energisch spricht er sich auch gegen die übrigen Zwangsmittel aus, nur das Zwangskamisol nennt er ein zu Zeiten unentbehrliches Heilmittel, aber man dürfte es immer nur eine oder einige Stunden anwenden, und so lange der Kranke damit bekleidet ist, müsse ein Wärter um ihn sein.

Bis diese verständigen Ansichten sich überall Bahn brachen, verging jedoch auch in Deutschland eine geraume Zeit; denn noch im Jahre 1856 enthält ein Reisebericht von Willing (Zeitschr. f. Psych. Bd. XIII p. 85) folgendes: „In . . . sind die unruhigen Kranken in Käfigen eingesperrt, die Käfige für Männer und Frauen liegen neben einander, nur durch sein Gitter hindurch wird mit dem Kranken verkehrt. Die ruhigen Kranken treiben sich, Männer und Frauen, bunt durch einander.“ Den ersten gelungenen Versuchen im Anstaltswesen folgte allmählich die neue Einrichtung oder völlige Umgestaltung von Berlin (Charité) 1818, Schleswig (1820), Siegburg (1825), Heidelberg (1826), Prag (1826), Hildesheim (1827), Leubus in Schlesien (1830), Hall in Tyrol (1830), Sachsenberg in Mecklenburg-Schwerin (1830), Winnenthal und Zwiefalten in Württemberg (1834), Illenau in Baden (1842), Halle (1844), Erlangen (1846), Wien (1853) etc. In Deutschland trennte man anfänglich die sogen. reinen Heilanstalten für heilbare Irre (wie Sonnenstein, Siegburg, Leubus), von den sogen. Pflegeanstalten für unheilbare Geisteskranke (Pforzheim, Bunzlau etc.). Die neueren Anstalten (Eberswalde, Dalldorf, Marienburg etc.), die fünf rheinischen Anstalten u. a. sind sogen. absolute Heil- und Pflegeanstalten, die Kranken können selbst dann in denselben verbleiben, wenn die Aussicht auf Heilung geschwunden ist.

Mit der Einrichtung solcher zweckmässigen Anstalten ist in den letzten 50 Jahren in den meisten Ländern Ausserordentliches für die Irrentherapie geleistet worden. Dass es aber selbst bis in die allerneueste Zeit auf dem flachen Lande, besonders in einiger Entfernung von den grösseren Städten, mit der Irrenpflege recht schlecht ausgesehen haben muss, beweist ein Fall, den Funke (Reisebilder und Heimathsklänge, 3. Reihe. Bremen 1873, p. 42—55) erwähnt. Auf der Insel Borkum wurde 1822 ein junges Mädchen, welches infolge verrathener Liebe melancholisch und tobsüchtig wurde, in dem elenden Kuhstalle des Armenhauses festgeschmiedet und blieb mit geringer Unter-

brechung an dieser Kette 42 Jahre lang, nämlich bis zum Juli des Jahres 1866, wo sie durch den Tod von ihrem elenden Dasein erlöst wurde. Trotzdem kann man sich der festen Zuversicht hingeben, dass, nachdem jetzt überall alle Zwangsmittel aus den modernen Irrenanstalten entfernt sind, auch in den breiten Schichten der Bevölkerung das Wort von Esquirol: „Die Irrenanstalt soll ein Mittel zur Heilung von Geisteskrankheiten sein“ immermehr Anerkennung finden wird, und damit auch die aus alter Zeit so fest eingewurzelten Vorurtheile gegen Irrenanstalten schwinden werden.

Die Ueberfüllung der Anstalten mit unheilbaren, ruhigen Kranken, die Erkenntniss ferner, dass die Kräfte derselben noch nutzbar gemacht werden können, und die Lage der Kranken ausserhalb der geschlossenen Anstalt manche Vorzüge hat, und endlich die finanzielle Last, welche sich der Staat durch den veränderten (jetzt humanen, früher sicherheitspolizeilichen) Standpunkt den Irren gegenüber auferlegt hat, alles dieses waren Gründe, die für die Anlegung von Irrencolonieen bestimmend waren. Am besten schliessen sich die Irrencolonieen an vorhandene Anstalten an; so ist in Einum in Hannover schon seit 25 Jahren eine mustergültige Colonie eingerichtet im Anschluss an die Anstalt in Hildesheim. Als sich weiterhin herausstellte, dass das geistige und körperliche Wohl der Irrenpfleglinge am besten gefördert werde durch möglichst grosse Freiheit, die in den mit Anstalten verbundenen Colonieen immer noch eine gewisse Beschränkung erleidet, entstanden die freien Irrencolonieen, unter denen in Deutschland die sächsische Anstalt Alt-Scherbitz hervorragt.

In der Umgebung von Schleswig sind neuerdings zahlreiche kleinere Privat-Pflegeanstalten mit Landbetrieb entstanden, bei einem Bestande von höchstens 80—90, meistens circa 40 männlichen oder weiblichen Kranken, die fast alle aus der Provinzialanstalt wegen deren Ueberfüllung entlassen wurden. Je kleiner diese Anstalten sind, um so mehr erinnern sie an die Familienpflege, deren Werth aber ein beschränkter ist und die bei uns in Deutschland überall nur geringe Ausdehnung gewonnen hat. Die Familienpflege hat im Allgemeinen die belgische Ortschaft Gheel zum Vorbild genommen, z. B. in Jlten, wo sie in der Nähe einer Centralanstalt genügend unter Controle steht. Ihre Entwicklung scheint nach Kirchhoff immer eine ärmliche Bevölkerung vorauszusetzen, die für Geld das Opfer gestörten eigenen Familienlebens bringt; so z. B. scheiterte der Versuch, diese Verpflegungsart in der Nähe Schleswigs einzubürgern, im Wesentlichen wohl an der Wohlhabenheit der ländlichen Bevölkerung in den umliegenden Dorfschaften. Bei der erschreckenden Zunahme der Geisteskranken, welche in den preussischen Anstalten von 1875 bis 1887 um mehr als 50 % stieg, ist diese Art

der Irrenpflege kaum noch zu entbehren. Und wenn es vielleicht auch gelingt, noch neue Auskunftsmittel für eine geordnete Irrenpflege zu finden, als Hauptsache bei derselben ist jedenfalls die Forderung zu betrachten: Entfernung jeglichen Zwanges in der Irrenpflege!

5. Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft.

§. 20.

Das 19. Jahrhundert brachte ferner einen mächtigen Aufschwung der Psychiatrie als Wissenschaft hervor und damit zugleich eine Verschmelzung dieser Disciplin mit der übrigen Medicin.

Männern wie Esquirol, Georget, Leuret u. a. verdanken wir die erste Kenntniss über die „Paralyse der Irren". Maurel, Falret, Legrand du Saulle sind hervorragende Vertreter der Wissenschaft. In England erwarb sich Conolly das Verdienst, den mechanischen Zwang in der Behandlung der Irren aufgehoben zu haben. Von Männern der Wissenschaft aus den übrigen Ländern sind anzuführen: Biffi, Mandsley, Schröder, v. d. Kolk, Lombroso, Kjelberg, Oehrström. „In Deutschland standen einer rascheren Entwicklung der Psychiatrie mannigfache Hindernisse entgegen, namentlich durch die einseitig metaphysische und psychologische Richtung, unter dem Einfluss der Kant'schen Lehre und der Schelling'schen Naturphilosophie" (v. Krafft-Ebing). So stritten sich die verschiedenen Schulen über Fragen, ob z. B. das Irresein auf Sündhaftigkeit beruhe, ob bei den Irren der Körper oder die Seele erkrankt sei etc. (Heinroth, Ideler). Diese Verquickung der Medicin mit der Theologie wäre beinahe gefährlich für eine gesunde Weiterentwicklung der psychiatrischen Wissenschaft geworden. Zum Glück aber blieben die in derselben aufgestellten Grundsätze meistens theoretisch, da nämlich gerade zu dieser Zeit die gesammte Medicin so grosse Fortschritte machte, dass sie den Rest dieses mystischen Aberglaubens umstürzte. Trotzdem machte sich immer wieder die Neigung geltend, die therapeutischen Versuche mit religiösem Beiwerk zu versehen. Wenn namhafte Aerzte zu unsern Zeiten noch solchen Ansichten huldigten, ist es nicht wunderbar, dass sich auch Theologen in dieser Richtung bewegten. Man denke z. B. an die bekannten Vorgänge in Bad Boll.

Zu verwerfen ist aber der Versuch, den August Vilmar zu Marburg 1856 in seiner „Theologie der Thatsachen wider die Theologie der Rhetorik" gemacht hat, den Hexenglauben wieder einzusetzen und eine Theorie der Geisteskrankheiten aufzustellen, die in Verbindung mit dem alten Hexenglauben naturgemäss zur Verbrennung der meisten Geisteskranken zurückführen müsste (Kirchhoff). Auch von katholischer

Seite ist in der Mitte dieses Jahrhunderts eine Wiederbelebung des Hexenglaubens versucht worden. So erschien im Jahre 1869 eine Schrift von einem Priester Andreas Gassner: „Modus juvandi afflictos a dämone", in welcher der dämonische Einfluss auf gewisse geisteszerrüttete Kranken stark betont ist. Eine Thatsache, die auch nicht zur Klärung der ganzen Angelegenheit beitragen kann, führt Kirchhoff an: In der Instruction einer Diakonissenanstalt wird ausdrücklich bestimmt, dass die Schwestern zur Pflege aller Kranken verpflichtet sind, mit Ausnahme der Geisteskranken.

Der Kampf gegen diese Bestrebungen wird ein erfolgreicher werden, wenn Aerzte und Priester gemeinsam vorgehen werden, am Besten in der Weise, wie es Capellmann, ein strenggläubiger Katholik, 21 Jahre lang Irrenarzt, in seiner „Pastoralmedicin" (Aachen. 6. Aufl. 1887, ein Buch, in dem Verfasser es versucht, die Lehren der Kirche mit der modernen Medicin in Einklang zu bringen) ausspricht: „Was die etwaige directe psychische Einwirkung des Seelsorgers auf den Geisteskranken betrifft, so hat derselbe sich hierin ganz nach dem Ausspruche des Arztes zu richten. Das soll nur betont werden, dass der Versuch einer Einwirkung mit religiösen Gründen fast immer nutzlos und häufig schädlich ist. — Selbst da, wo der Kranke den Seelsorger zur Besprechung seiner wahnsinnigen Skrupel verlangt, muss man höchst vorsichtig sein."

Die vorsichtige religiöse Einwirkung kann nur in voller Reconvalescenz, und dann auch nur höchst vereinzelt und mit grosser Vorsicht mit Nutzen in Anwendung gebracht werden.

Eine rege Thätigkeit auf dem Gebiete der descriptiven wie der rein anatomischen Psychiatrie wurde von Forschern wie Flemming, Jessen, Zeller und seinem bedeutenden Schüler Griesinger entwickelt, ihnen schliessen sich an Schüle, Arndt, Neumann, Salgo, Savage, Fürstner, Kahlbaum etc. Die neueren Forschungen in der Experimental-Psychologie und -Pathologie brachten durch Männer wie Westphal, Wernicke, Munk, Meynert, Mendel, Jastrowitz, v. Krafft-Ebing, Emminghaus grössere Klarheit in die Localisation der Gehirnfunctionen.

Anhang.

Ueber einige ausländische Verhältnisse.

§. 21.

In Polen kann man nach Rothe[1]) die Geschichte der Psychiatrie in drei Perioden eintheilen. Die erste reicht bis zum Jahre 1650, d. h. dem Auftreten des Mönchsordens der Benefratelli oder Bonifratres in Polen. Die zweite Periode umfasst die Jahre 1650—1842, während welcher Zeit sich die Geisteskranken fast ausschliesslich unter der Fürsorge der Bonifratres befanden. Die dritte Periode zählt von 1842,

---

[1]) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 44 S. 281.

d. h. dem allerhöchst bestätigten Erscheinen des Hospitalstatuts, in dem ein besonderer Abschnitt über Irrenpflege handelt, bis auf die heutigen Tage.

Schon 1650 bestand in Warschau eine Anstalt zur Aufnahme von Geisteskranken, das Hospital des heil. Johannes a Deo. Es entstand aus mildthätigen Gaben für ausschliesslich 8 Irre. 1760 wurde es für 34 Kranke erweitert unter Leitung der Bonifratres, die bis 1867 die Fürsorge der Irren hatten. Diese Anstalt nahm nur Männer auf. Ein Arzt ist zuerst 1765 erwähnt. Eine Abtheilung für geisteskranke Frauen befand sich im Hospital zum Kindlein Jesu, an dessen Verwaltung und Leitung sich die Barmherzigen Schwestern vom Orden des heil. Vincenz a Paula betheiligten.

In Dänemark wurden 1632 auf Befehl König Christians IV. 30 „Daarekisten“ im „Pesthause“ oder dem „St. Johannis-Hospital“ eingerichtet. 1709 wurde bestimmt, dass wenigstens bei jedem Haupthospital „ein oder zwei Gemächer für Irrsinnige so eingerichtet würden, dass sie aus denselben nicht leicht ausbrechen könnten“. Als dieses nicht mehr ausreichte, entstanden die „Tollkisten“.

In Kopenhagen wurde schon 1766 eine Irrenanstalt gegründet durch die Stiftung eines französischen Katholiken Claudi Rosset. 1807 wurde die Anstalt bei dem Bombardement der Stadt durch die Engländer zerstört (Laehr). Die grosse Anstalt zu Bistrupgard ist 1808 gegründet. Im Gegensatz zu Kopenhagen trat überall in Dänemark eine geordnete und humane Irrenpflege erst spät hervor. Noch 1840 fand man nicht weniger als 128 „Plankenverschläge“, d. h. eine Art Käfige aus etwa 12 Brettern angefertigt, die in einer Ecke des Stalles oder sonst wo aufgeschlagen wurden und zur Verwahrung Geisteskranker dienten, welche entweder noch im Gebrauch oder doch vor Kurzem noch benutzt worden waren.

In Schweden und Norwegen hat man schon früh für die Geisteskranken gesorgt. Seit 1551 bestand in Stockholm eine Irrenanstalt „Danwiks Tollhaus“, die 1861 geschlossen wurde. In Norwegen wurde schon 1726 befohlen, in allen Hospitälern 1—2 Zimmer zur Aufnahme armer Irren einzurichten.

In England wurden 1735 die Gesetze gegen die Hexerei durch einen Parlamentsbeschluss aufgehoben.

In Italien, wo die Irrenpflege schon früh eine entwickelte war, trieben die angeblich Behexten daraus ein Gewerbe, indem sie für das Vergnügen anderer Leute sorgten. (Jacob Burckhardt, die Cultur der Renaissance in Italien. 3. Aufl. 1878. Bd. II. S. 229.)

In Belgien wurden bis 1835 die Irren eigentlich gleich wilden Thieren behandelt, und „in zahlreichen Städten wurden diese Unglück-

lichen öffentlich an den wenigst Bietenden in Verding gegeben.“ Infolgedessen war die Behandlung der Kranken eine entsetzliche, viele wurden Jahre lang an Ketten gehalten etc. Eine von der belgischen Regierung 1841 ernannte Untersuchungscommission constatirte, dass von 37 Irrenanstalten mit 3000 Kranken 33 Privatanstalten waren, und dass für manche Kranke nur 25 Frcs. jährlich an Unterhaltungskosten gezahlt wurden. In 9 Anstalten waren die Ketten noch im Gebrauch. Erst den zwanzigjährigen Bemühungen Guislains, des Reformators der belgischen Irrenpflege, gelang es, eine völlige Umgestaltung der Gesetzgebung herbeizuführen.

Was die Behandlung der Geisteskranken in Oesterreich anbetrifft, so übten die Klöster noch im 18. Jahrhundert eine grausame Zucht aus. Biedermann (Deutschland im 18. Jahrhundert. 1880. Bd. II. S. 1096) berichtet, dass „im Kapuzinerkloster in Wien geheime unterirdische Kerker waren, in welchen psychisch erkrankte Mönche gefangen gehalten wurden, angeblich wegen Vergehen gegen die Klosterzucht“. Einer derselben war dort 30 Jahre, ein anderer 42 Jahre, ein dritter 15 Jahre gefangen gehalten.

Eine Verordnung des Kaisers vom 3. März 1783 verbot nach Bekanntwerden dieser Grausamkeiten den geistlichen Vorstehern, ihre Mitbrüder aus blossem Verfolgungsgeiste unter dem Vorwand einer Narrheit in Klöstern einzukerkern. Wenn Jemand seiner Vernunft beraubt würde, so sollte er in das nächstliegende Spital der barmherzigen Brüder gebracht werden.

Im Allgemeinen überliess man die übrigen Irren durch Jahrhunderte ihrem Schicksale, besonders in Ober-Oesterreich, oder sie wurden lebenslänglich in ein Gefängniss gesteckt, auch wohl gar zum Scheiterhaufen verurtheilt. Joseph II. befahl 1786 die Errichtung von Irrenpflegeanstalten in Linz, doch waren bis 1833 die Irren daselbst mit Schwangeren und Gebärenden, Findelkindern und Lustsiechen zusammen untergebracht. Die Behandlung derselben war wie ihre Pflege noch eine sehr mangelhafte und unmenschliche. Erst 1834 wurden wesentliche Verbesserungen eingeführt. In Wien hatte in der Josefinischen Zeit das Spital zu St. Marx eine Abtheilung für Geisteskranke[1]), ferner wurden das Lazareth und das Siechenhaus am Alserbach hauptsächlich zu Wohnungen für unheilbare, stille Geisteskranke verwendet. Wahrscheinlich wurden daselbst auch heilbare Geisteskranke aufgenommen. Die Frequenz im Tollhause schwankte von 1784—1790 zwischen 200 und 300 Personen. Bei der Irrenanstalt stand der sogenannte Narrenthurm, der 139 Einzelräume in 5 Stockwerken enthielt. Derselbe wurde

---

[1]) Puschmann, „Wien während der letzten 100 Jahre“. 1884.

seit 1803 vorzugsweise für die tobenden und unreinlichen Kranken benutzt. 1796 wurde ein Garten um das Gebäude angelegt, den die Kranken nach der Verordnung des Arztes benutzen durften. Dem Publikum wurde der Zutritt zu den Geisteskranken nur gestattet, wenn es sich um Besuche von Freunden und Anverwandten handelte, nicht wenn es nur die Befriedigung der Neugier galt. Obgleich der Thurm sehr wenig zur Aufnahme von Kranken geeignet war, diente er doch bis zum Jahre 1869 zur Unterbringung von Irren. Die schon um 1790 von Quarin und Frank geforderte Trennung der ruhigen Geisteskranken von den unruhigen wurde erst später durch ihre Versetzung ins sogenannte Lazareth ausgeführt.

Erst seit 1817 bildete die Irrenanstalt eine besondere abgeschlossene Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses. Bald reichten aber die vorhandenen Räume nicht mehr aus, und so wurde ein Theil der ruhigen und chronischen Irren in die Versorgungshäuser nach Mauerbach und Ybbs zur Pflege gegeben. Erst 1853 wurde nach langen Verhandlungen infolge pecuniärer Schwierigkeiten die neu errichtete Irrenanstalt eröffnet. Ausser dem Lazareth und Narrenthurm gab es zur Aufnahme der Irren eine Art Untersuchungsstation, 1828 bestehend in einem Zimmer mit 20 Betten, in der sogenannten Ausschlagsabtheilung. Ausserdem befanden sich 2 Zimmer mit 34 Betten für Geisteskranke im Allgemeinen Krankenhause. (Puschmann.)

Bevor der Staat es für seine Pflicht erkannte, für die Geisteskranken Sorge zu tragen, war ihm der sicherheitspolizeiliche Zweck noch die Hauptsache. Auch stellte Frank, Arzt am Wiener Irrenhause, die Forderung auf, dass von der Polizei darauf geachtet würde, dass nicht von habsüchtigen oder boshaften Anverwandten oder Erben Menschen für blödsinnig, wahnsinnig oder rasend ausgegeben würden, die es gar nie gewesen seien. So ist auch noch heutzutage diese Furcht vor widerrechtlicher Freiheitsentziehung, namentlich bei Juristen der Grund von erschwerenden Aufnahmebedingungen für die Irrenanstalten. Laehr sagt in Bezug hierauf:[1] „Es wird die Zeit kommen, wo man sich wundern wird, dass man durch die Gesetzgebung die Psychisch-Kranken in Krankenanstalten, wo sie gerade gegen die nachtheiligen Einwirkungen der Aussenwelt geschützt werden, gegen ihre Aerzte anders schützen will, als ausserhalb derselben, während doch die meisten Formen derselben in gewöhnlichen Krankenanstalten, Wasserheilanstalten und Kuranstalten ohne solche formellen Bestimmungen behandelt werden.“

Von Zürich findet sich die erste Erwähnung irrsinniger Personen

---

[1]) Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebiets, 1882. Vorwort X und XI.

und ihrer Verpflegung 1570. In diesem Jahre befahl der Rath ein oder zwei „Stübli“ zu bauen für Personen, die mit zu schwerer „Taubsucht“ behaftet seien, als dass man sie ledig umhergehen lassen solle. Später scheinen die Irren in oder neben dem Gefängnisse in Hüslin untergebracht zu sein, d. h. in Einzelzellen, die man, wenn Irre sich in denselben befanden, einfach zunagelte. Allerdings werden nur die unruhigeren Kranken in dieser Weise isolirt worden sein; die etwas ruhigeren wurden anscheinend in einem anderen Raum beherbergt und zwar zu mehreren; denn 1629 wird ein „Brunnenstübli“ genannt, in dem „unbesindte“ Personen waren; doch auch sie waren, wenigstens theilweise mit Ketten befestigt. Sie erhielten täglich ein bestimmtes Quantum Wein; vielleicht fand auch eine Trennung beider Geschlechter statt, da ein Thorenmeister und eine Thorenmutter angestellt waren. Dass auch eine Art obrigkeitlicher Beaufsichtigung des Irrenwesens bestand, beweist eine Verfügung von 1752. Aber erst im Jahre 1813 wurde auf dem Areal des alten Spitals ein besonderes Gebäude für Geisteskranke mit 22 Plätzen für Heilbare und 100 für Unheilbare errichtet.

In der Nähe von Solothurn wurde im Anfang des 17. Jahrhunderts ein altes „Siechenhaus“, das bis dahin Aussätzige beherbergt hatte, zu einer Versorgungsanstalt für unheilbare Kranke und Irre eingerichtet. Aus diesen Zeiten hat sich seit den sechziger Jahren das oben besprochene No-restraint-System als Ausdruck des humanen Zuges, der in unserer Zeit auf allen diesen Gebieten herrscht, herausgebildet.

DRITTER ABSCHNITT.

Die Elementarstörungen der psychischen Krankheiten.

Litteratur.

Amori anomali (Archivio di Psichiatria Scienze penali etc. 1888 IX. p. 303). — Bechterew: Das Bewusstsein und seine Grenzen. — Frigerio: Sitofobia da megalopsichia in alienato affetto da sifilide constitutionale (Arch. italian. per le malat. nervos. erc. 1888 XXV. p. 98). — Orschansky: Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia (Arch. f. Psych. 1889 XX. S. 309). — Séglas et Besançon: De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés (Annales med. psychologiques 1889 No. 1). — D. C. S. Freund: Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnissschwäche (Arch. f. Psych. 1888 XX. S. 441). — Esquirol: La démence. — Meynert: Acute hallucinatorische Verwirrtheit. — Westphal: Acute primäre Verrücktheit. — Mendel: Mania hallucinatoria. — Newington: Delusional - Stupor. — Tilling Wille in Basel: Dementia generalis acuta et subacuta. — Conolly Normann: A rare form of mental disease (The Journal of mental science October 1888). — L. Meyer: Ueber Intentions-

psychosen (Archiv für Psych. Bd. XX. S. 1 und Nachtrag S. 304). — Mendel: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. — C. Lange: Gemüthsbewegungen. — Belmando: Die Perversität der Geschmacksempfindung Geisteskranker (Riv. sperim. Vol. XIV. Heft 1 u. 2). — J. Séglas: L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psychomotrices (Le Progrès médical. 1888 No. 33. 34). — G. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome (Medicinisches Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins 1889 B. LIX. No. 20). — P. Grützner: Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen. — Sigismund Exner: Die allgemeinen Denkfehler der Menschen. — Georg Friedrich: Die Entstehung des Wahnsinns in der Phantasie, vom Standpunkte der Psychologie aus betrachtet, im Anschlusse an die Untersuchung des normalen Wesens der Phantasie 1887. — v. Krafft-Ebing: Die Sinnesdelirien. Ein Versuch ihrer physio-psychologischen Begründung und klinischen Darstellung 1864. — J. I. Hoppe: Erklärungen der Sinnestäuschungen (Hallucinationen und Illusionen aller fünf Sinne) bei Gesunden und bei Kranken 1888. — Uphues: Ueber die Erinnerung. Untersuchungen zur empirischen Psychologie 1889. — Müller: Zwei Fälle von Tetanie bei Dilatatio ventriculi und bei Drebung des Magens. — Hammond: Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlecht. — Peyer: Ueber Bulimie oder Kynorexie (Corresp.-Blatt für Schweiz. Aerzte 1888). — Frankl-Hochwart: Ueber Intentionskrämpfe (Zeitschr. f. klin. Medicin 1888 XIV). — Fürbringer: Impotentia virilis. — Naunyn: Ueber die Auslösung von Schmerzempfindung durch Summation sich zeitlich folgender sensibler Erregungen (Arch. für experim. Pathol. und Pharmakologie Bd. XV). — Kraepelin: Ueber psychische Functionsprüfung. — Ders.: Ueber die Dauer einfacher psychischer Vorgänge (Biologisches Centralblatt I).

§. 22.

Vor der Betrachtung der zusammengesetzten Symptomencomplexe, welche die speciellen Formen der psychischen Krankheiten geben, sind noch einige allgemeinere Verhältnisse, namentlich aber die einzelnen elementaren Störungen, die in jenen Formen sich verschieden gruppirt wiederholen, ins Auge zu fassen. Bei den Gehirnkrankheiten kommen drei Reihen wesentlicher Anomalieen in Betracht: sensitive, geistige und motorische Anomalieen. Nach diesen drei Gebieten bekommen wir drei grosse Haufen successiv zu betrachtender Elementarstörungen: ein Irresein der Sinnesempfindung, ein Irresein im Vorstellen und ein Irresein der Bewegung. Wenn auch die geistigen Störungen die am meisten charakteristischen sind, so sind doch nie die sensitiven und motorischen Krankheitsphänomene zu vernachlässigen. Gerade die letzteren gehören, was die anatomische Diagnose und die Prognose anbetrifft, zu den allerwichtigsten Punkten.

Die phsysiologische Psychologie unterscheidet zwei Abweichungen vom Normalverhalten (Emminghaus): gesteigerte und verminderte Functionirung erkrankter Apparate. Dieselben werden zurückgeführt auf krankhaft veränderte Erregbarkeit der ergriffenen Theile: einerseits Hyperästhesie, Hyperalgie (und Neuralgie), Hyperkinese, andererseits Anästhesie, Analgie, Akinese. Auch die vom Normalverhalten ab-

weichenden psychischen Lebenserscheinungen lassen sich eintheilen in gesteigerte Erregbarkeit bezw. Erregung und herabgesetzte Irritabilität der Gefühle und der Willensimpulse.

§. 23.

Der wesentliche Process beim Irresein, das eigentlich Krankhafte darin, beruht in der Hauptsache darauf, dass gewisse Gehirnzustände, Stimmungen, Gefühle, Affecte, Willensimpulse von innen heraus durch Krankheit des Seelenorgans sich herausbilden, während im gesunden Zustande unsere Urtheile, Willensbestimmungen etc. nur auf genügende äussere Veranlassungen entstehen. So hält man mit Recht eine tiefe Traurigkeit oder laute Fröhlichkeit ohne alle äusseren Motive für krankhaft, desgleichen, wenn zwar ein äusserer Anlass gegeben ist, das Individuum aber in ganz übermässig heftiger und lange andauernder Weise davon afficirt wird.

Nach demselben Grundsatz beurtheilen wir alle Vorgänge im Nervensystem. Ermüdung nach einem starken Marsche ist das Normale, anhaltende Müdigkeit bei steter Ruhe ist krankhaft etc. Ebenso ist es krankhaft, wenn zwar ein kleiner Anlass gegeben ist, aber die Reaction übermässig heftig ist, wenn Jemand nach wenigen Schritten schon ermüdet, oder nach einem kühlen Luftzuge in heftigen Frost verfällt und ähnliches mehr. Doch ist die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit nicht immer festzustellen.

Auf die Dauer und die Heftigkeit der Aeusserungen kommt sehr vieles an, ob wir psychische Phänomene als krankhaft beurtheilen. So sind Stimmungen, wenn sie mässig und von kurzer Dauer und von den herrschenden Vorstellungsmassen des Ich kräftig beherrscht werden können, nicht krankhaft; aber sie sind es, wenn sie sich immer und überall dem Individuum aufdrängen und, statt von den Vorstellungscomplexen des Ich gehörig in Schach gehalten zu werden, diese tumultuarisch afficiren und einen andauernden Zustand peinlicher, innerer Unruhe erregen. So verhält es sich auch mit einzelnen Vorstellungen. Ein bizarrer, närrischer Gedanke kann dem vernünftigsten Menschen durch den Kopf gehen, wenn er nur nicht anhält. Beim Irresein aber haften solche Gedanken, denn sie werden wegen der Dauer und Stärke der Gehirnaffection anhaltend und heftig der Seele aufgedrungen.

§. 24.

Um das Irresein recht zu verstehen, muss man sich in die Seelenzustände der Irren hinein denken. Aus den psychologischen Zuständen, welche noch innerhalb der geistigen Gesundheit, also innerhalb unserer Erfahrung liegen, bekommen wir annähernde Begriffe von dem, was in

der kranken Seele vorgeht. Die im gesunden Zustande mässigen Veränderungen der Gemüthslage, wie z. B. die ärgerliche, zum Zorn geneigte, unzufriedene, bittere, andererseits die fröhliche, heitere, ausgelassene Verstimmung finden sich sehr häufig in ganz ungewöhnlicher Steigerung und Andauer als wichtige Elementarphänomene des Irreseins und werden, da es, wie gesagt, auch Zustände des gesunden Lebens sind, durch die Vergleichung mit jenen wesentlich aufgehellt.

Für andere psychologische Anomalieen der Geisteskranken finden wir in unserer eigenen, gesunden Erfahrung nichts Analoges; wir sind daher eben deshalb ganz ausser Stande sie zu verstehen. Wir können uns z. B. durchaus nichts Deutliches darunter vorstellen, wenn wir Geisteskranke klagen hören, dass ihnen beständig ihre Gedanken von Anderen „gemacht“, oder dass sie ihnen „abgezogen“ werden, oder wenn wir sehen, wie sie mit einzelnen Worten, einzelnen Geberden einen ganz besonderen Sinn verbinden, ihnen eine tief geheimnissvolle Wichtigkeit beilegen etc. Auch für den Zerfall des Denkens im Blödsinn möchte selbst die tiefste geistige Ermüdung noch kein annäherndes Analogon gewähren, und kaum einzelne Zustände des Schlafs und Traums könnten ein entferntes Bild davon geben. Wer das Fieberdelirium aus eigener Erfahrung kennt, hat hierin manche Anhaltspunkte des inneren Verständnisses der Geisteskrankheiten. (Vgl. d. B. Abschn. IV. Cap. I. Analogieen.)

ERSTES CAPITEL.

Parathymieen.

Störungen des Gefühls.

Emminghaus, Allgemeine Psychopathie. — v. Krafft-Ebing, Lehrbuch. — Arndt, Lehrbuch. — Kraepelin, Psychiatrie. — Savage-Knecht, Geisteskrankheiten. — Weiss, Compendium. — Meynert, Psychiatrie. — Schüle, Klinische Psychiatrie. cf. Litteratur.

I. Physio-pathologische Vorbemerkungen über das Fühlen und das Gemüth.

§. 25.

Die Frage, was das Gemüth und die Gemüthsbewegungen eigentlich seien, ist für das Verständniss des Irreseins wichtig genug. Wird die Vorstellungsmasse, die das Ich repräsentirt, stärker erschüttert, so dass sie ins Schwanken geräth, was niemals ohne Gefühle geschehen kann, dann sprechen wir von einer Gemüthsbewegung. Bei dieser Störung der Gemüthsruhe wird nun nichts Anderes gestört, als die gewohnte ruhige Art, wie sich unser Ich zum eben vorhandenen Vorstellen verhält, wie sich überhaupt die mehrfachen Massen von Vorstellungen

und Strebungen, die wir in uns finden, zu einander verhalten. Dieses gewohnte, ruhige Verhältniss ist aber keine absolute Ruhe oder Unthätigkeit, sondern es ist das Resultat einer mässigen mittleren Thätigkeit, welches zugleich das erworbene mittlere Maass psychischer Kraft und die gewohnte Richtung des psychischen Lebens repräsentirt; man kann sagen: es ist der psychische Tonus. (Vgl. des Verf. Aufsatz über psych. Reflexactionen S. 95.)

Der Rückenmarkstonus, der sich in den Muskeln, dem Zellgewebe etc. als ein mittlerer, gewohnter Grad von Contraction, auf Seiten der Empfindung als ein mittlerer Grad von Schmerzempfänglichkeit und Reizbarkeit ausspricht, beruht auf einem mittleren Facit von Erregung, das aus allen einzelnen Nerventhätigkeiten zusammen herausgekommen ist. Dieser mittlere Zustand scheinbarer Ruhe wird durch alle starken und plötzlichen Empfindungen und Bewegungen (Ermüdung, Schmerz etc.) unterbrochen und gestört. Auf beiden Gebieten ist der Tonus natürlich das eine Mal schwankender und variabler, als zu anderen Zeiten, je nach dem Zustande des Organs; zuweilen kann jeder kleine Reiz, Ermüdung, Schmerz, Convulsionen machen; es wäre allzu abstract, aber es wäre nicht unrichtig, den Tetanus, die Convulsionen etc. als Abänderungen des Tonus (einseitige Steigerung, Unterbrechung etc.) aufzufassen; denn unzweifelhaft leidet der Tonus hier zugleich unter der vorhandenen Störung. Ebenso ist die auffallendste Störung bei den parallelen Geisteszuständen (dem psychischen Schmerz, der psychischen Convulsion) die Störung des Gemüths, und in diesem Sinn ist überhaupt von den Gemüthsleiden und ihrer Primitivität beim Irresein zu sprechen.

Gemüthlich nennen wir den Menschen, dessen Ich nicht allzuschwer in Bewegung geräth, wo deshalb angenehme oder unangenehme Gefühle, Theilnahme, Mitleid, Wohlwollen, Abneigung etc. leicht entstehen. Gemüthlos wird der genannt, dessen Ich sehr schwer in der Weise der Lust oder des Schmerzes afficirt wird, entweder wegen grosser Schwäche und Stumpfheit aller psychischen Processe (stumpfsinnige, sehr phlegmatische Menschen), oder weil sich, beim Zusammenstosse des Ich mit dem jeweiligen Vorstellen, sogleich deutliche Urtheile in hellen Vorstellungen statt der dunklen Gefühle ergeben (Verstandesmenschen). Gemüthskräftig ist der Mensch, bei dem sich ein haltbarer psychischer Tonus gebildet hat, der durch jede psychische Erregung nicht alsbald modificirt wird; das Ich wird nicht so leicht erschüttert, es kommt nicht gleich zu allgemeiner psychischer Unruhe, zu Aerger und Verstimmung, und in Freude und Schmerz wird Maass gehalten. Gemüthsschwäche dagegen ist da vorhanden, wo ausgebreitete aber energielose Reactionen des Ich leicht hervorzurufen sind. Fast jede Vorstellung erregt hier ein Gefühl; Freude und Trauer wechseln ungemein

leicht, und Gemüthsbewegungen werden zum Bedürfniss; die abnehmende Empfänglichkeit fordert dann oft neue starke Reize (Lust am Schauerlichen, Pikant-Schrecklichen), und das Ich kommt fast nur in Perioden von Erschöpfung und Erschlaffung zur Ruhe.

Dieser letztere Zustand ist identisch mit dem, was man auf sensitiv-motorischem Gebiet die reizbare Schwäche nennt, und als die wichtigste Disposition bei vielen Nervenkrankheiten (z. B. den Spinalneurosen) betrachtet. Man nennt ein solches Verhalten mit Recht Schwäche — denn mit den einzelnen und einseitigen Excitabilitätserhöhungen ist eine absolute Erniedrigung der Kraftgrösse in den Functionen verbunden. Bei vorhandenen Convulsionen ist doch die willkürliche Muskelbewegung schwach; bei vorhandenen steten Affecten ist doch das Denken und Wollen schwach und schlaff. Diese Zustände sind nicht nur sehr häufig mit einander combinirt (Neigung zu Affecten und erhöhte Convulsibilität vieler Hysterischen), sondern sie entstehen gleichzeitig auch auf beiden Gebieten oft genug aus denselben Ursachen, haben in ihrem Kreise dieselben Folgen und die Grundsätze ihrer Behandlung sind sich durchaus analog.

§. 26.

Von der Art und Weise und von der Leichtigkeit, mit der das Ich in der Form der Gefühle und Gemüthsbewegungen afficirt wird, hängt allerdings ein grosser Theil der psychischen Reactionsweisen des Menschen und damit der individuellen Eigenthümlichkeit ab. Das Gemüth ist eine gewisse Verhaltungsweise des Ich, jenes festen, beharrlichen Kerns unserer Individualität, zu dem sich die Resultate unserer ganzen psychischen Geschichte combinirt haben. Dieser wird wohl erschüttert, aber nicht beeinträchtigt oder gar aufgehoben in den Gemüthsbewegungen. Das Ich kann aufgelöst werden und gänzlich zerfallen (nicht selten bei tieferen Desorganisationen des Gehirns, beim Blödsinn), es kann untergehen und ein neues an seine Stelle treten (Verrücktheit); aber dies ist eben nur dann der Fall, wenn die Gemüthsbewegungen, welche die Affection und Auflösung des alten Ich nothwendig begleiten mussten, sich vollständig gelegt haben.

Die Art und Weise, wie die das Ich repräsentirende Vorstellungsmasse von dem, was im Bewusstsein vorgeht oder sich in dasselbe eindrängt, afficirt wird, giebt die Art und Weise der Selbstempfindung. (Emminghaus.) „Das sinnliche Gefühl giebt die Theilnahme an, welche das Bewusstsein an Qualität und Intensität der Empfindungen nimmt.“ Der Inhalt der Selbstempfindung kann nur von zweierlei Art sein, Lust oder Unlust; jene, wenn die Vorstellungscomplexe des Ich durch den Vorgang im Bewusstsein in ihren adäquaten Verbindungen und namentlich in ihrem Uebergange in Strebungen begünstigt und gefördert, diese, wenn sie durch ihn zurückgedrängt, unterdrückt, gehemmt werden. Von der leisesten Aenderung der Stimmung bis zum tobendsten Affect ist also immer nur zweierlei möglich: entweder ein Zustand der

Förderung und Expansion des Ich, bei dem das Ich sich wohlbefindet, sich desshalb affirmativ zu dem neuen Vorgange im Bewusstsein verhält und ihn festzuhalten sucht, oder ein Zustand von Hemmung, von Re- und Depression, wo die Vorstellungscomplexe des Ich in ihrem Flusse aufgehalten und zurückgeworfen, bald die Flucht ergreifen, bald beharrlich streitend hereindrängen, wo sich also das Ich immer negativ gegen jene neuen Vorstellungen verhält.

Bisweilen scheint der Empfindung diese Betonung durch subjective Gefühle zu fehlen, sie ist dann weder mit Lust noch mit Unlust verknüpft. Die Betonung ist dann so schwach, dass sie nicht erheblich bei dem Processe mitwirkt. Andere Empfindungen sind dagegen wieder mit so lebhaften Gefühlen behaftet, dass ihre subjectiven Aeusserungen fast allein im Bewusstsein hervortreten. Diese plötzlichen und heftigeren mit bedeutender Störung in der Gleichgewichtslage des Gemüths verbundenen Veränderungen der Selbstempfindung geben die Grundlage der Gemüthsaffecte, während mässige und andauernde Veränderungen der Selbstempfindung die Gemüthsstimmungen bilden.

Alle Stimmungen und Affecte zerfallen in zwei grosse Klassen, die depressiven (und zugleich negativen, mit Verabscheuen verbundenen) und die expansiven (und zugleich affirmativen). Zu jenen gehören Aerger, üble Laune, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Kummer, Scham, Furcht, Schrecken etc., zu diesen Heiterkeit, Freude, Lustigkeit, Ausgelassenheit, Hoffnung, Muth, Uebermuth etc.

Das Gemüth, dem diese Vorgänge als seine, als Gemüthsbewegungen, zugeschrieben werden, hat nun eine ganz wesentliche Beziehung zur motorischen Seite des Seelenlebens, zu den Trieben und dem Wollen. Nicht nur werden durch alle affectartigen Zustände Triebe und Willensimpulse geweckt, um entweder der Hemmung entgegen zu treten oder der Förderung zu folgen; sondern die Beobachtung zeigt auch, dass schon die Entstehung der Affecte weit leichter von der motorischen Seite des Seelenlebens als vom blossen reinen Vorstellen aus geschieht.

Sehr häufig sieht man, dass eine aufgedrungene Beschäftigung, während das Individuum mit allen seinen geistigen Kräften nach ganz anderen Seiten strebt, die Ursache andauernder Gemüthsbewegungen und eines entwickelten Irreseins werden. — Ein geisteskranker Mann ward es dadurch, dass er ein Schlächter werden musste, während er Pfarrer werden wollte. Solche Beispiele finden sich in allen Irrenanstalten.

§. 27.

Ein wichtiger Umstand bei den Affecten, der sie zugleich wieder sehr vom ruhigen Vorstellen unterscheidet, ist der, dass in diesen Zuständen immer ausser den cerebralen noch andere organische Processe ins Spiel gezogen werden. Der Herzschlag, die Respiration, die

Magenverdauung, die Secretionen des Schweisses, der Galle, des Harnes werden in den Affecten verändert. Dem Zornigen schwellen die Venen im Gesichte, es ist zuweilen, als ob der heftige Affect ihn ersticken wollte; bei dem in Furcht oder Schrecken Versetzten entstehen schnell wässerige Secretionen; beim Traurigen wird die Respiration verlangsamt und oberflächlich, und muss daher durch tiefe Athemzüge, Seufzer unterbrochen werden u. dgl. m. Diese durch Erregung des Nervensystems vom Gehirn aus bedingten körperlichen Anomalieen gleichen sich bei schnell vorübergehendem Affect und bei vorher gesundem Organismus bald wieder aus; bei schon bestehender körperlicher Krankheit aber und bei lange fortdauernden Ursachen (z. B. anhaltenderem Gram) bilden sich allmählich viel complicirtere Störungen der organischen Mechanik aus, denen das blosse Aufhören des Affects nicht alsbald ein Ende machen kann, und die Störungen können nun durch neue, rückwirkende secundäre Erregung des Gehirns nicht nur die vorhandenen Affecte unterhalten und steigern, sondern auch neue derartige Zustände setzen. Denn es ist ein weiterer Erfahrungssatz, dass, wenn durch die organischen Processe, das Athmen, die Verdauung etc. die psychische Gehirnthätigkeit influencirt wird, dies zunächst nicht auf dem Gebiete des klaren Vorstellens geschieht, sondern vielmehr so, dass zuerst dunkle Veränderungen der Selbstempfindung und Stimmung, Gefühle von Gefördert- oder Gehemmtsein unserer psychischen Thätigkeit überhaupt in uns entstehen und damit ein wesentliches Element affectartiger Zustände uns aufgedrungen wird.

Beispiele hierfür finden sich in vielen Krankheiten. Bei Herzkranken sehen wir sehr häufig Angst, bei Krankheiten des Darms, bei icterischer Blutveränderung mürrische, ängstliche, ärgerliche Laune, Trägheit des Denkens, allgemeine Verstimmung etc. eintreten; das Gefühl körperlichen Wohlseins oder körperlicher Krankheit ist überhaupt vom grössten Einflusse darauf, ob unsere Stimmung muthig und heiter oder niedergeschlagen und traurig ist. Wirken nun äussere Ursachen Affect erregend auf uns ein, so kommt ausserordentlich viel auf diesen schon vorhandenen, habituell oder vorübergehend durch die organischen Zustände erregten Gehirnzustand an, ob der Affect haftet oder nicht. Bei schon durch körperliche Krankheit Verstimmten haftet ein äusserlich erregter trauriger Affect weit eher und hat weit nachhaltigere Folgen, als wenn er in einem Menschen entsteht, der sich eben des besten körperlichen Wohlgefühls und heiterer Stimmung erfreut hatte.

Diese Verhältnisse geben einige der wichtigsten Grundlagen der Pathogenie des Irreseins. Es liegt in ihnen der Schlüssel zum Verständniss der Prädisposition zu Geisteskrankheiten durch die allerverschiedensten körperlichen Erkrankungen und der Wirkungsweise der psychischen Ursachen. Diese erzeugen nämlich das Irresein sehr selten direct, viel häufiger secundär, durch Vermittlung anderer Störungen, z. B. in der Weise, dass durch lange dauernden Gram die Ernährung tief Noth leidet und dies erst einen Einfluss auf das Gehirn und damit auf die psychischen Processe hat.

§. 28.

Die Summe aller Gefühle, welche aus den Empfindungen des eigenen Lebens hervorgehen, begreift das Gemeingefühl in sich. Gewisse Innervationsempfindungen der Tastnerven sind mit den höchsten Graden der Lust, andere mit Schmerz betont, andere bleiben, was Gefühle anlangt, stumm (vgl. §. 26). Geruchs- und Geschmacksinnervationen sind stets mit Lust oder Unlust verbunden. Es giebt nur einen angenehmen oder einen widrigen Geruch resp. Geschmack, zu letzterem gehören auch die faden und ähnlichen Geschmacksempfindungen. Die aus den sinnlichen Empfindungen als Wahrnehmung hervorgehende Vorstellung kann ebenfalls entweder mit Lust oder Unlust betont sein. Dies sind die ästhetischen Gefühle, das Wohlgefallen bezw. Missfallen im Ansehen, Anhören. Nur Gesichts- und Gehörsvorstellungen vermögen ästhetische Gefühle zu entwickeln. Die Gefühle endlich, welche Vorstellungsprocessen höherer Ordnung, den Wechselwirkungen von Vorstellungen unter einander ihren Ursprung verdanken, bezeichnet man als eigentlich psychische oder intellectuelle Gefühle. Auch die Gemüthsbewegung ist formell nur Lust oder Schmerz. Es giebt, wie bei dem Empfindungsprocess keinen psychischen Vorgang dieser Art, der nicht Lust oder Unlust, wenn auch in sehr schwachen Graden, mit sich brächte. Die Gesinnungen, die höchsten, rein menschlichen Gefühle, sind an abstracte Begriffe und Ideen gebunden, die fast fortwährend unter den mannigfachsten Formen wiederkehren und stets die adäquaten Gefühle wecken. Hierher gehören die religiösen, moralischen und socialen Gefühle, welche in Andacht, Scrupel, gutem Gewissen, Reue, Mitleid, Liebe, Hass, Verachtung etc. beruhen, aller möglichen Variationen fähig sind, stets aber Formen der Lust und Unlust wiederholen. Innerhalb der Gesundheitsbreite schon kommen wesentliche Differenzen hinsichtlich der Erregbarkeit psychischer Gefühle bei den einzelnen Individuen vor, was die alte Lehre von den Temperamenten ausdrückt (Emminghaus).

§. 29.

Die Pathologie des Nervensystems scheidet Hyperalgieen, Neuralgieen, Analgieen aus den umfassenden Begriffen der Hyperästhesieen und Anästhesieen aus. Wo nur ein dem Schmerze ähnliches Unlustgefühl zum Bewusstsein gelangt, spricht man von Paralgieen, wozu man Ardor, Algor, Bulimie etc. rechnet. Unter psychischer Hyperästhesie und Anästhesie ist nur die durch psychische Einflüsse erleichterte oder erschwerte Aufnahme sinnlicher Empfindungen zu verstehen. Romberg verstand unter psychischer Hyperästhesie „die

durch Fixiren des Geistes auf Empfindungen bedingte Erregung und Unterhaltung von Sensationen“, besonders bei Hypochondrie. V. Krafft-Ebing versteht darunter die krankhafte Reaction der Melancholiker gegen Sinneseindrücke in Form von Unlust oder Schmerz, welche sogar durch Momente hervorgerufen werden, die im Normalzustande Lust erregen. Jolly nennt dieselbe die gesteigerte Erregung von Lust- oder Unlustempfindungen durch die Vorstellungen. Emminghaus bezeichnet mit psychischer Hyperästhesie auch nur das stärkere Hervortreten von Intensität und Qualität der Empfindung, nicht aber die stärkere Betonung derselben durch Unlust oder Lust.

Wenn der Ablauf der psychischen Processe überhaupt regelmässiger, heftiger, als der Norm entspricht, Gefühle der Unlust hervorruft, so ist psychische Hyperalgie vorhanden. Unter diesen Begriff fällt also die psychische Hyperästhesie v. Krafft-Ebing, nicht die von Jolly (vgl. §. 36). Zu dieser Störung sind zu rechnen: Vulnerabilität, Wehleidigkeit, Impressionabilität, verminderte Widerstandsfähigkeit, Afficirbarkeit, Reizbarkeit, soweit man mit diesen Begriffen eben die Uebererreglichkeit von Unlust verbindet. Eine allgemeine Hyperalgie der sinnlichen Sphäre des psychischen Lebens besteht, wenn selbst die Erregung gewohnter, im Normalzustande ganz gleichgültiger Eindrücke die Quelle von Unlustgefühlen ist. Die Erscheinung tritt nicht selten bei Fiebernden auf, besonders bei neuropathisch Disponirten, ferner bei Hysterischen während der Anfälle oder auch nach geringen Dosen von Morphium, sowie nach Blutverlusten, Excessen und heftigen Gemüthsbewegungen depressiven Charakters. Weiter findet sich allgemeine psychische Hyperalgie bei manchen acuten Vergiftungen und Selbstinfectionen des Körpers, bei Lyssa sowie im Beginn psychischer Krankheitsprozesse. Chronisch und in milderem Grade findet sich dieselbe bei Chlorose, Anämie, Circulationsstörungen, bei Kachexieen, überhaupt bei schwerem Allgemeinleiden.

Von der sinnlichen ist eine gemüthliche Hyperalgie zu unterscheiden, die von Emminghaus Hyperalgesie genannt wird; zu derselben darf man nur die Anomalieen rechnen, bei denen gleichgültige (unbetonte) Vorstellungen Schmerz erregend wirken, oder solche, die an sich Unlust setzen, excessiven Schmerz erregen. Der Kranke wird also leichter afficirt und zwar immer in schmerzlichem Sinne. Diese Anomalie, welche nur vorübergehend, aber dann sehr heftig bei Tobsüchtigen sich geltend macht, ist ein exquisit melancholisches Symptom und kommt auch in ihren niederen Graden am häufigsten mit gleichzeitiger trauriger Verstimmung vor. Sie wird ferner auch beobachtet bei seniler Hirnatrophie und bei multipler Sklerose, desgleichen nach Kopfverletzungen, bei Chorea und den grossen Neurosen.

II. Störungen im Inhalte der Gefühle.

§. 30.

Dieselben unterscheiden sich von den physiologischen Stimmungsänderungen dadurch, dass sie ohne eine entsprechende äussere Motivirung von selbst eintreten. Die psychischen Verstimmungszustände sind dreifacher Natur: heiter, traurig und reizbar. Weiter werden wir zu unterscheiden haben zwischen Verstimmungen als Theilerscheinungen eines grösseren Complexes von psychischen Krankheitsformen und solchen Verstimmungen, die einen ganzen Krankheitszustand allein ausmachen oder in einem solchen doch weitaus die grösste Bedeutung haben. Als Theilerscheinung eines inhaltsreicheren Symptomen-Complexes können die Verstimmungen primär oder secundär sein, d. h. sie können anderen pathologischen Symptomen vorausgehen oder sie sind Folgeerscheinungen anderer Symptome, insbesondere der Sinnestäuschungen und Wahnideen. Diese Unterscheidung ist von principieller Bedeutung. Dass Wahnideen und Sinnestäuschungen primär auftreten können und dass diese jedenfalls ungleich häufiger die Motive von Verstimmungen sind, als umgekehrt, ist zweifellos. Bei der Symptomatologie der Psychosen muss darauf geachtet werden, dass es vielfach Störungen im Inhalte des Fühlens giebt, die durch krankhafte Anlässe hervorgerufen werden, aber an und für sich nicht pathologisch sind, sondern nur die natürliche Reaction auf diese bilden. Würden diese reactiven, depressiven und expansiven Stimmungen nicht in entsprechender Weise auf die hallucinatorischen Wahrnehmungen eintreten, so wäre damit pathognomonisch ein tieferer Verfall des Seelenlebens zu vindiciren; sie dürfen nicht verwechselt werden mit den primären, unmotivirten und desshalb pathologischen Stimmungsanomalieen bei den Depressions- und Exaltationszuständen.

A. Anomalieen der psychischen Unlustgefühle.

I. Die schmerzlich deprimirte Stimmung (Psychalgie, Phrenalgie, Dysthymie).

§. 31.

Die Beobachtung zeigt, dass nicht mit sinnlosen Reden, nicht mit extravaganten Handlungen, sondern mit krankhaften Gemüthslagen, mit Anomalieen der Selbstempfindung und der Stimmung und daraus sich ergebenden affectartigen Zuständen, die sehr bedeutende Mehrzahl der Geisteskrankheiten beginnt. Und zwar bilden den ersten Anfang meist die objectlosen Gefühle des Missbehagens, der Beklemmung und Angst, weil die durch die Gehirnaffection neu gesetzten Massen von Vorstellungen und Trieben gewöhnlich anfangs noch höchst dunkel sind, und deshalb die Störungen im normalen Fortgange des Denkens und Wollens

erst nur als allgemeine Aenderung in der Gemüthslage gefühlt werden. Die verminderte Kraft und Energie des Ich, das Zurückgedrängtwerden seiner Vorstellungscomplexe giebt einen psychisch schmerzhaften Zustand unbestimmter Art, eine in ihrer Undeutlichkeit höchst quälende Gefühlsbelästigung; die neu herauftretenden krankhaften Vorstellungen und Triebe erzeugen eine Entzweiung der Seele, das Gefühl des Losseins der Persönlichkeit und einer zu erwartenden Ueberwältigung des Ich. Der psychische Schmerz erscheint in einer der bekannten Formen der Unruhe, Angst, Traurigkeit und bringt alle Folgen einer durchaus veränderten Reaction gegen die Aussenwelt und einer Störung der motorischen Seelenthätigkeit mit sich. Da die depressiven Zustände im Allgemeinen auf einer Ernährungsstörung der Hirnrinde beruhen, und da eine Neuralgie die Folge einer Ernährungsstörung der sensiblen Nerven ist, so kann man diesen psychischen Schmerz als eine psychische Neuralgie bezeichnen. Als Synonyme des spontanen psychischen Schmerzes (der psychischen Neuralgie) sind von anderen Autoren in Gebrauch: Tristimanie (Rusch), Douleur moral (Renaudin), Lypémanie (Esquirol), Phrénalgie (Guislain).

Perversitäten der natürlichen Gefühle, Abneigung und Hass gegen das früher Geliebte, äussere Gefühllosigkeit oder eine sich krankhaft an einen Gegenstand anklammernde Zärtlichkeit, doch ohne die Tiefe der ruhigen Empfindung und ohne die rechte Sorgfalt, oft auch schnell und capriciös mit Widerwillen abwechselnd, sind hier gewöhnliche Erscheinungen. Die gesteigerte Empfindlichkeit bezieht Alles auf sich, weil sie sich wirklich von Allem unangenehm berührt fühlt, und in der düsteren Beschattung aller An- und Aussichten legt der Mensch alles Gegenwärtige übel aus und sieht in allem Zukünftigen nur Schlimmes. Misstrauen und Argwohn werden durch das Gefühl verminderter Widerstandsfähigkeit unterhalten und durch körperliche Angstempfindungen immer neu geweckt; Alles erscheint dem Kranken anders, weil er sich selbst zu jedem psychischen Eindruck anders verhält, weil er gänzlich anders empfindet, und er hat die grösste Neigung, seinen Zustand bald einem directen Einflusse der Aussenwelt zuzuschreiben, sich verfolgt, beeinträchtigt, bezaubert, von schlimmen, geheimen Einflüssen beherrscht zu glauben, bald in seinem früheren Leben die Ursachen davon zu suchen und sich allerlei schwerer Verbrechen, Verworfenheiten und Unthaten anzuklagen, deren nothwendige Consequenz sein jetziges Verhalten sei. Die Trauer und Wehmuth, welche dem Gesunden Verluste intellectueller Güter erwecken, bilden ein Analogon des krankhaften Seelenschmerzes. Die physiologische Störung macht nach einiger Zeit von selbst wieder dem Normalzustande Platz. Der krankhafte Seelenschmerz hat diese Eigenthümlichkeit nicht, er kann sich sogar selbst noch steigern, bis die

Schwankungen zwischen düsterer und heiterer Verstimmung geringer werden, und der Charakter eines überwältigenden schmerzlichen Fühlens ohne Gegensatz und Unterbrechung anhält (Spielmann). So besitzt der psychische Schmerz eine bestimmte Monotonie. Er drängt sich gleich den körperlichen in den Vordergrund des Bewusstseins, er gestattet wenig andere psychische Erregungen, in den höchsten Graden gar keine; denn er unterdrückt die Perception der Empfindungen, alle übrigen Gefühle, sowie die Vorstellungen und damit auch die Willenserregungen. Diesen heftigsten Grad des psychischen Wehes beobachtet man bei dem katatonischen Stupor, welcher das Bild der vollkommensten psychischen Anästhesie darbietet. Die niederen Grade der psychischen Neuralgie kommen bei Ermüdungszuständen der Centralorgane vor nach Ueberreizung, bei und nach heftigem körperlichen Schmerz, nach Excessen, besonders geschlechtlichen. Auch hochgradige Anämie und Kachexie, Morbus Addisonii, Mercurialismus, Blei-Intoxication und andere constitutionelle Affectionen bringen unter Umständen eine „unmotivirte Traurigkeit" als cerebrales Symptom im Krankheitsbilde mit sich. Bei der Hypochondrie, Hysterie, Chorea und den organischen Hirnkrankheiten kann psychischer Schmerz ebenfalls beobachtet werden. Als postepileptisches Irreseins-Stadium tritt diese traurige Verstimmung kürzer oder länger dauernd auf. Dieser depressive negative Affect ist auch häufig als Initial-Stadium eines wirklichen oder floriden Alkohol-Deliriums anzutreffen. Vor allen Dingen leitet derselbe gewöhnlich den Symptomencomplex der Paraphrenia alternans etc. ein.

Es giebt Fälle von psychischer Störung, in welchen durch lange Zeit oder selbst durch die ganze Verlaufsdauer einer Psychose die Verstimmung ganz allein das Krankheitsbild ausmacht (Dysthymie).

§. 32.

Eine weitere Quelle der Entstehung des psychischen Schmerzes liegt in der Hemmung der psycho-motorischen Seite des Seelenlebens. Diese Unlustgefühle werden dadurch bedeutend gesteigert, dass sich der Kranke machtlos gegenüber dieser hereingebrochenen Störung seines psychischen Mechanismus fühlt. Auf dem Culminationspunkte der Krankheit kommt es zu einer psychischen Anästhesie, d. h. der Kranke kann sich nicht mehr freuen, noch kann ihn etwas betrüben.

2. Die Angst.

§. 33.

Neben diesen bisher angeführten Störungen der Gemüthsstimmung kommt es zu vielfachen Störungen in der sensiblen Sphäre, zu Neuralgieen, Paralgieen, Par- und Anästhesieen, zu Aenderungen des Gemein-

gefühls. Alle diese Gefühlsanomalieen bilden ein weiteres Accidenz zur Hervorrufung des psychischen Schmerzes. Häufig hebt sich derselbe zum Affect der Angst (Anästhesia psychica dolorosa). Nach Salgó ist die Angst im psychischen Sinne mehr ein Zustand psychischer Störung, als ein einzelnes Symptom. Sie ist der feste und stets gleiche Gesammtausdruck einer Reihe von psychischen und somatischen Detail-Vorgängen. Vom leichteren Anfang einfacher Depression mit dem Gefühl der Unbehaglichkeit kann es oft mit ungeahnter Schnelligkeit bis zur vollsten tobsüchtigen Aufregung kommen. Zwischen den Angstzuständen und der psychischen Neuralgie besteht ein analoges Verhältniss, wie zwischen den peripherischen Neuralgieen und den Paralgieen (psychische Paralgieen — Emminghaus). Angstgefühle kommen, wenn sie durch bestimmte Ursachen bedingt werden, als normale Erscheinungen des psychischen Lebens vor. Die pathologischen Angstgefühle können an Vorstellungen haften oder völlig objectlos sein. Im ersten Falle sprechen wir von einer Uebererreglichkeit der fraglichen Gefühle, also von Aengstlichkeit, im anderen Falle muss man spontane, zwangsmässige Erregung von Angstgefühlen annehmen. Der ängstliche Zustand im Beginne der Krankheit wird von dem Patienten als eine Beengung, als ein Druckgefühl bezeichnet, welches in die Herzgegend oder in die Gegend des Brustbeines localisirt wird (Präcordialangst).

Die Kranken beschreiben es folgendermaassen: „Es ist mir so, als krampft sich mein Herz zusammen, als wird das Herz zusammengeschnürt, als sitzt mir Jemand auf der Brust, als will die Brust zerpringen, als habe ich einen Reifen um die Brust gespannt". Neumann, Arndt, v. Krafft-Ebing, Brosius glauben daher, dass dieses Gefühl die Quelle für die Bewusstseins-Alteration sei, die wir Angst nennen. Es giebt aber auch anders localisirte Angstgefühle, so ein solches vor der Stirne (Dysthymia frontalis), in den Knieen, im Rücken, im Arm (Tabes, Spondylitis, Mogigraphie). Auch kommt ganz vage innere Angst vor, die überall hin verlegt, aber nirgends genauer localisirt wird. Oder die Kranken schildern sie als ein Gefühl im Halse, als ob ihnen Jemand den Hals zusammenschnüre, als ob sie etwas im Halse hätten. Ich beobachtete bei einer Melancholischen in ihren Angstparoxysmen, wie sie Schluck- und Gurgelbewegungen machte, sich an den Hals fasste, als ob sie sich die Gurgel zudrücken wollte. Emminghaus und Wille haben den Ursprung des Angstgefühls in das Hirn verlegt, wo es auch percipirt wird, doch ist ein sicherer Beweis dafür nicht zuführen. Ein eigenartiges Gepräge erhält diese Präcordial-Angst durch die respiratorischen und circulatorischen Begleiterscheinungen (v. Krafft-Ebing, Schüle, Salgó). Der Druck auf der Brust äussert sich nach Salgó folgendermaassen: Die Respiration ist wenig ausgiebig, oberflächlich,

es besteht saccadirtes, abgesetztes Athmen von geringer Energie und von intercurrenten tiefen In- und Exspirationen unterbrochen. Die Thätigkeit des Herzens ist ebenso energielos, der Puls klein, fadenförmig, hüpfend, hart und beschleunigt (Schüle cit. von Salgó) oder auch regelmässig, mit 48 Pulsschlägen in der Minute, dabei bestehen ausgesprochene Venen-Geräusche.

Diese Respirations- und Circulations-Anomalieen führt obiger Autor wahrscheinlich auf Vagus-Symptome zurück. Dabei beobachtet man Zittern, Schlottern, gesteigerte Schweiss-, Harn- und Darm-Secretion. Blässe der äusseren Theile in der Schleimhaut, Schwäche und Tonlosigkeit der Stimme, schlaffe Haltung, unsichere Bewegungen. Die höchsten Grade der Angst bringen katatonische Starre mit dem Gesichtsausdruck des Entsetzens oder convulsible excessive Muskelcontractionen oder vollständige allgemeine Paralyse zu Stande (Binswanger's Pseudo-Stupor). „Die Kranken kauern zitternd, mit angstvollem Gesichtsausdruck in einer Ecke oder liegen starr, ohne sich zu rühren, im Bett, verändern nie aus eigener Initiative oder nur unter grossem Zwang ihre Stellung; die Muskeln sind rigide, brettartig gespannt, gleichsam in tonischem Krampf. Nach längerem Bestehen des Anfalls tritt Schweissausbruch ein.“ Der Urin ist blass, reichlich und von niederem specifischem Gewichte (Urina spastica). Die Ernährung leidet unter der Angst. Bisweilen hat man bei den physiologischen Angstzuständen rasches Ergrauen der Haare beobachtet (Maria Stuart?).

Mit den erwähnten somatischen Erscheinungen vereinigen sich eine Reihe von psychischen Symptomen zu dem Gesammtbilde der Angst. Die Kranken zeigen dasselbe Bild, wie die oben erwähnten, deren Charakter die traurige Verstimmung ausmacht. Doch ist für die jetzt besprochenen Krankheitszustände Eins von hoher Bedeutung und charakteristisch unterscheidend: Die Kranken suchen Befreiung auf jede Art und Weise von ihrer peinlichen Angst; entweder bemühen sie sich, dieselbe durch Arbeit oder Zerstreuung zu betäuben, oder sie suchen durch motorischen Ausfluss des Angstzustandes sich davon zu befreien. Dazu gehören jene kleineren Eingriffe gegen die eigene Person; die Kranken rupfen sich das Kopf- und Barthaar aus, reissen sich die Finger blutig, beissen sich die Nägel kurz ab. Diese geringen persönlichen Insulte können sich bis zu Selbstmord und Mord Anderer steigern.

In andern Fällen haben die Kranken unbestimmte Vorstellungen, dass ihnen irgend etwas Unangenehmes, Schreckliches bevorstehe. Es ist dies ein mit der allgemeinen Stimmungslage aufs Engste verknüpftes dunkles Bewusstsein der persönlichen Beeinträchtigung. Zum Schlusse kann das Krankheitsbild einen paraphrenischen Charakter (vgl. Einleitung zum 3. Buch) annehmen; an das melancholische Stadium schliesst sich

das der Manie an. Es entwickelt sich weiter zu vollständiger Benommenheit des Sensoriums mit totaler Verwirrtheit (Perturbation). Die eigentliche Gefahr eines solchen Angstzustandes liegt in dem „Aufregungszustande von äusserlich geringer Intensität, in welchem der Kranke die volle Empfindung des auf ihm lastenden Druckes, die ganze Schwere der persönlichen Beengung und Beeinträchtigung mit Bewusstsein trägt. In solcher Verfassung kommt es leicht zu einer Entladung der angehäuften psychischen Spannkräfte. Die Handlungen haben keinen anderen Zweck als eine Befreiung von dem psychischen Drucke."

§. 34.

Die Angst kann selbstständig ohne Zusammenhang mit Wahnvorstellungen und Hallucinationen bestehen. Häufig jedoch ist sie mit andern Krankheitssymptomen „vergesellschaftet", entweder als primäres Symptom, oder secundär hervorgerufen durch Wahnideen und Sinnestäuschungen; die Angst ist in letzterem Falle weiter nichts als die Reaction des ganzen Gehirns resp. seines psychischen Inhaltes auf einen einzelnen Eindruck. Infolge dessen schliesst sie sich an solche Sinneswahrnehmungen an, deren Inhalt Beeinträchtigung, Bedrohung oder Vernichtung der eigenen Person in sich schliesst, also an Verfolgungsideen und entsprechende Sinnestäuschungen. Wieder in anderen Fällen leitet der Angstzustand eine gewisse psychische Störung ein. Die Kranken fühlen gewissermaassen das Herannahen der schweren Affection und reagiren auf das ihnen aufgezwungene Angstgefühl (Salgó). Angstgefühle als Hirnsymptome treten bei circulatorischen Anomalieen auf, so bei Herzkrankheiten, Lungenaffectionen und vasomotorischen Neurosen, der Angina pectoris, beim stenokardischen Anfall, bei Herzparalyse. Auch Perikarditis, Endokarditis, Klappenfehler, sowie alle mit Athmungsinsufficienz verlaufenden Krankheiten rufen Angstgefühle hervor. Als Vorläufer des epileptischen Anfalles oder der Hirnhämorrhagie kann Angst auftreten, ebenso bei epileptischen oder apoplektischen Insulten bei äusseren oder innerlichen (Magendarm-) Blutungen. Blutkrankheiten, namentlich chronische Anämie, Intoxicationen und Selbstvergiftungen des Körpers, besonders mit Opiaten und bei acuter Tabaksintoxication können Angstanfälle erzeugen, ferner Schlangenbiss und auch bisweilen Insectenstiche. Auch Lyssa und die Infectionskrankheiten, Typhus, gelbes Fieber, Cholera rufen leicht Angstparoxysmen hervor. Hautkrankheiten sind selten, häufiger Geschlechtsanomalieen von Angstanfällen begleitet.

Von den Nervenkrankheiten sind die Rückenmarksaffectionen, die diffusen Psycho-Neurosen (Hysterie, Hypochondrie, Chorea) und die Gehirnkrankheiten selbst nicht selten Ursachen von Angstparoxysmen.

3. Die Aengstlichkeit.

§. 35.

Emminghaus versteht unter Aengstlichkeit parathymische Zustände, in welchen auch solche Vorstellungen, die beim Gesunden ohne irgend welche derartige Gefühlserregung ablaufen, bereits dem Kranken Angst machen. Immer bezieht sich dieselbe auf Zukünftiges.

Das innere Angstgefühl, welches den Kranken befällt, sobald es gilt, allein einen grossen Platz zu überschreiten hat Westphal Agoraphobie genannt (cf. Zwangsvorstellungen §. 60). Auch Räume, welche sich weithin ausdehnen und keine Ruhepunkte dem Auge gewähren, können der Grund für die Platzangst werden. Ein solcher Kranker kann sich übrigens den gewöhnlichen Lebenseinflüssen gegenüber vollkommen normal verhalten; nur, sobald er sich anschickt, einen freien Platz zu überschreiten, befällt ihn der Zwangsgedanke, entweder des Zweifels: „soll ich oder soll ich nicht über den Platz gehen?“ oder das beklemmende Gefühl, dass ihm vielleicht etwas dabei passiren könne. Es ist das Ueberschreiten nur in Begleitung einer zweiten Person möglich, sonst kann es sich ereignen, dass dem Kranken die Beine versagen, und er hinstürzt. „Erleichterung verschaffen ihm fixe Gesichtspunkte und der Alkoholgenuss.“

Man hat es in diesen Fällen mit einer exquisiten Störung des Willens zu thun, mit einer partiellen Störung der Gesammtheit der Psyche: Parabulie. Emminghaus giebt geistiger Ueberanstrengung, ausschweifendem Leben, langwierigen gastrischen Störungen die Schuld an diesen Willensalterationen, welche sich fast nur bei Männern der höheren Stände im Alter von 24—52 Jahren finden.

B. Anomalieen der psychischen Lustgefühle.

§. 36.

Die krankhaften Gemüthszustände mit der Stimmung der Heiterkeit, Ausgelassenheit, des Muthwillens, mit erhöhter geistiger (und gewöhnlich auch leiblicher) Activität sind den expansiven Affecten höchst analog, und beide haben in der Hauptsache dieselben nächsten Folgen. Es giebt auch beim Gesunden ein „Närrischwerden vor Freude“, wo nicht nur das Gefühl der glücklichen Gegenwart alle Seelenkräfte expandirt, sondern plötzlich auch alle Träume der Zukunft realisirt erscheinen, wo man Jedermann sein Glück theilen lassen und der ganzen Welt um den Hals fallen möchte. Es kann dabei sogar schon zu einer ziemlichen Unordnung, Incohärenz der Ideen kommen. Auch beim Gesunden ist mit diesen Gefühlen gewöhnlich ein Trieb zu äusserer Be-

wegung, Unruhe, vielem Sprechen und Geschäftigkeit verbunden. In ähnlicher Weise äussern sich diese Zustände, wenn sie von innen heraus krankhaft entstehen; sie bilden gewöhnlich die Grundzustände der Form des sog. Wahnsinns und kommen auch noch, doch sehr abgeschwächt, in der Verrücktheit vor. „Wenn die psychischen Processe, welche im normalen Zustande des Bewusstseinsorgans keine (merkliche) Erregung von Lustgefühlen herbeiführen, deutlich mit solchen Gefühlen betont werden, wenn ferner die Lust, welche naturgemäss gewissen Bewusstseinsvorgängen anhaftet, excessiv gesteigert ist, dann ist psychische Hyperhedonie (Emminghaus) vorhanden. Diese krankhafte Erscheinung ist in der psychischen Hyperästhesie von Jolly enthalten."

Diese hyperhedonischen Gefühlsstimmungen treten natürlich bei Frauen und Kindern auf Grund der grösseren Labilität der Gefühle leichter ein, schlagen aber auch leichter in das Gegentheil um. Es giebt sogar hinsichtlich der Aequivalente dieser Störung völkerpsychologische Typen. Es lässt sich nach Wundt (cit.) die individuelle Bestimmtheit des Temperaments, welche dem Einzelnen eigenthümlich ist, auch auf grössere Gruppen gleichartig angelegter Wesen ausdehnen. Die Richtigkeit des Satzes beweist die Art des Auftretens dieser Störung bei den verschiedensten Völkern, Classen, Gesellschaftsschichten etc.

Wir müssen uns mit dem Verfasser entschieden der Ansicht Guislains anschliessen, dass das fröhliche Irresein fast immer erst secundär, nach vorausgegangenen Depressionszuständen, sich einstellt. Es scheint deshalb auch auf einer tieferen psychischen Erkrankung zu beruhen, als die letzteren Zustände. Die krankhaft heitere Stimmung (Amönomanie — Emminghaus) bildet das Grundsymptom der maniakalischen Erregung. Sie ist das directe Gegentheil von der melancholischen Verstimmung. Die Eindrücke der Aussenwelt und die Empfindungen des eigenen Körpers sind nur heitere, lustige; alle Handlungen des Kranken zeigen enormen Kraftüberschuss, unmotivirte, krankhaft heitere Stimmung (Euphorie), eigenthümliche Verzückungszustände (Ekstase). Wegen dieses Verhaltens möchte ich im Gegensatz zu Kahlbaum, welcher unter Dysthymie sämmtliche Störungen des θυμὸς begreift, für die maniakalischen Zustände den Begriff Hyperthymie gebrauchen; ich verstehe unter Dysthymie nur die deprimirte Gemüthslage. Die heitere Verstimmung kann ebenso gut allein und für sich ein Krankheitsbild ausmachen, als auch im Gefolge anderer Alienations-Elemente gehen. Sie ist durch einen erhöhten und beschleunigten Ablauf sämmtlicher Gehirn-Vorgänge charakteristisch. Aber auch alle psychomotorischen Vorgänge sind bedeutend erleichtert, sowohl die Apperception, wie die Association und die Psycho-Motion. Durch den Mangel eines Ermüdungsgefühles erhält das ganze Bild der maniakalischen Exaltation

den Charakter der überhasteten Unruhe. Durch die enorme Beschleunigung der associativen Vorgänge tritt jene Alogik ein, welche zuerst den Beobachter am meisten frappirt. Bei dem ideenflüchtigen Wechsel der Vorstellungen überstürzen sich die Vorsätze und Actionen. Klinisch-prognostisch haben die Symptome der heiteren Verstimmung die gleiche Bedeutung, wie die der traurigen trotz ihrer verschiedenen Ausdrucksweise, ebenso wie die inneren Vorgänge ein ganz bestimmtes Bild zeigen. Der Kranke trägt in seinem ganzen Wesen die vollkommenste Befriedigung, das Gefühl vollendeter Sicherheit und untrüglicher Siegesgewissheit zur Schau; sein Auftreten ist frei, ungenirt, er behandelt alle mit herablassender Freundlichkeit und Jovialität, erzählt ihnen seine innersten Geheimnisse; Widerspruch giebt es für ihn nicht; entweder hört er ihn nicht oder wird durch denselben von seinen Plänen nicht abgebracht. Die Darstellung ist lebendig, beredt, durch lebhafte Gesten unterstützt; die äussere Haltung ist die des stolzen und zuversichtlichen Menschen; die Sprache bewegt sich gern im dichterischen Accent oder imponirt durch Kraftausdrücke (v. Krafft-Ebing). Dies ist die reine uncomplicirte, heitere Stimmung (Euthymie, Euphorie, Hyperthymie). Eine entfernte Analogie aus dem sensitiv-motorischen Nervensystem mag die Beobachtung bieten (Purkinje), dass, wenn die Extremitäten eine Zeit lang mit angehängten Gewichten belastet waren, unmittelbar nach deren Wegnahme eine ungemeine Leichtigkeit der Bewegung eintritt.

Eine Menge anderer, nicht einzeln aufzählbarer, krankhafter Stimmungen und Gemüthserregungen, bizarre, launische Inclinationen und Abneigungen, sinnliche und ideal schwärmerische Verliebtheit, Coquetterie etc. kommen noch vor.

Mit dem Auftreten aller dieser verschiedenen Gemüthsanomalieen hat sich dann gewöhnlich das Verhalten des Individuums zur Aussenwelt, sein ganzer Charakter, seine Neigungen und Geschmacksrichtungen total verändert. Der Sanfte kann wild, der Geizige verschwenderisch, der Sittsame obscön, der Bescheidene eitel und hochmüthig erscheinen etc. Die Umwandlung des Charakters ist gewöhnlich in den Anfangsperioden des Irreseins das auffallendste Zeichen, und gewöhnlich stellt sich das Irresein nur in dem Falle einer sehr langsamen, allmählichen Entstehung als die bloss excessive Steigerung der natürlichen Charakter-Eigenschaften des Menschen dar. Man darf deshalb aus den Gemüths-Eigenthümlichkeiten des Kranken auf seinen früheren Charakter nur mit grösster Vorsicht schliessen; exquisite Bosheit und Tücke z. B. kann bei sonst gut gearteten, wohlwollenden Menschen Jahre lang während der Dauer der Krankheit anhalten und mit der Genesung schnell und spurlos dem alten Charakter wieder weichen.

§. 37.

Als Folgeerscheinung anderer elementarer, psychischer Störungen, wie Wahnideen und Sinnestäuschungen, tritt die heitere Verstimmung seltener auf; denn derartige Vorstellungen und Hallucinationen sind überwiegend depressiver Natur.

Wir treffen die heitere Verstimmung am häufigsten als Einleitungsstadium zu den complexen Paraphrenieen, vor allem der paralytischen Geistesstörung, in der sie rasch zur Manie ansteigt. Die heitere Verstimmung begleitet oft die classische Paralyse während ihres ganzen Bestandes oder sie combinirt sich in einigen Fällen der allgemeinen Paranoia mit Verfolgungsideen oder zeigt sich als psychisches, postepileptisches Aequivalent. Endlich bildet die Amönomanie eine Phase der circulären Geistesstörung. In der Folie circulaire treffen wir das reinste Bild der heiteren Verstimmung ohne jede auffällige Complication.

In Krankheiten können Lustgefühle regelmässiger und stärker als der Norm entsprechend sinnlicher, ästhetischer und gemüthlicher Natur sein. Bei allen sinnlichen Genüssen ist die specifische Uebererreglichkeit der Lust zu bemerken. Bei Hysterischen, Neuropathischen kommen diese Erscheinungen vor, hier und da auch um die klimakterische Periode und bei senilen Hirnveränderungen. Doch sind solche mit Hirnkrankheiten eintretenden Wandlungen selten, abgesehen von den Veränderungen, welche die Appetitsrichtung und die Reizbarkeit in anderen, den sinnlichen Lustgefühlen dienenden Nervenapparaten erfahren, z. B. die Lust am Sauren bei Chlorose, die Lust am Getränk und an Süssigkeiten bei Diabetes, das angenehme Gefühl bei Bewegungen lange fixirt gewesener Glieder etc. Ganz allgemein kann aber auch das sinnliche Beeinflusstwerden in dem Kranken schon excessive Lustgefühle hervorrufen. Das findet man bei der heiteren Verstimmung in gewissen Formen und Stadien der Erregungszustände, bei Lyssa-Kranken, bei Kindern und bei seniler Hirnatrophie. Die gesteigerte Irritabilität der Lustgefühle hängt natürlich mit dem gleichartigen, dauernden Erregungszustande zusammen (Emminghaus).

III. Störungen in dem formalen Zustandekommen der Gefühle.

A. Abnorme gemüthliche Reaction.

I. Erhöhte Erreglichkeit.

§. 38.

Eine excessive Erreglichkeit der ästhetischen Gefühle besteht in jenen Fällen, bei welchen es sich um penible Accuratesse und Sauberkeit in der Umgebung und am eigenen Körper handelt (Emminghaus). Auch die gemüthlichen Gefühle können leichter, als es dem Normalzustande zukommt, in Form der Lust erregt werden. Die spontane, objectlose psychische Lust ist im Bereiche der uns gegenwärtig beschäftigenden Gefühlsanomalieen das Aequivalent der psychischen (Neur-) Algie (v. Krafft-Ebing). Als Synonym kann zum Theil die Chairomanie (Kahlbaum) gelten.

In den höchsten Graden ist die krankhaft psychische Lust ebenso monoton, wie der psychische Schmerz. Solche Zustände von Ekstase sind bei körperlichen Leiden immer als schwere und bedenkliche Zeichen aufzufassen, so bei profusen Blutungen, Inanitionszuständen, nach schweren Verletzungen; als präagonisches Symptom sind dieselben bei der Tuberculose von Emminghaus, auch bei Paralytikern mit grösserem Decubitus ante mortem beobachtet.

§. 39.

Die reizbare Verstimmung zeigt ein von den eben erwähnten beiden Arten ganz verschiedenes Bild. Ohne Beeinträchtigungs- oder Verfolgungs-Idee misstraut ein solcher Kranker seiner Umgebung, aber nicht, indem er sich zurückzieht, sondern sein Misstrauen documentirt sich in impulsiven Acten, in dem energischen Triebe zu Handlungen, die lediglich darauf gerichtet sind, die eigene missmuthige und unzufriedene Individualität in den Vordergrund zu stellen. Sie sind die galligen Malcontenten par excellence (Salgó). Klinisch wichtig sind diese Zustände deshalb, weil sie, mit starkem Impuls zu activem und feindseligem Vorgehen verbunden zu Thätlichkeiten, Excessen der schlimmsten Art führen. In anderen Fällen kommt die reizbare Stimmung nur in Worten zum Ausdruck: Die Kranken beschuldigen ihre Umgebung und klagen sie an. Diese Insinuationen bestimmen das Bild des Querulanten-Wahnsinns (v. Krafft-Ebing). Die Anklagen sind nicht unmotivirt, doch werden die thatsächlichen Vorkommnisse von den Kranken falsch gedeutet, sie halten sich immer für übervortheilt und zurückgesetzt, von ihren Vorgesetzten schlecht behandelt, sind dabei aber voll und ganz von ihren Fähigkeiten, ihrer Tüchtigkeit überzeugt. Mit solchen reizbaren Verstimmungszuständen haben wir es hauptsächlich bei Alkoholikern und Epileptikern zu thun. In jedem dieser Fälle handelt es sich um dauernde protrahirte Zustände. Sie bestehen auch allein und für sich ohne hallucinatorische oder sonstige wahnhafte Zustände. Bei den Epileptikern und Gewohnheitstrinkern ist diese reizbare Verstimmung ein häufiger Grund zu excessiven Conflicten.

Dieselbe ist aber auch häufig das Einleitungsstadium der verschiedensten Geistesstörungen und geht dem wirklichen Ausbruch der Psychose als allgemeine psychische Indisposition längere oder kürzere Zeit voraus. Diese Zustände sind deshalb der genausten Beobachtung dringend empfohlen, weil einerseits die rechtzeitige Behandlung hier viel vermag, andererseits leicht eine Entartung in gemeingefährliche Actionen eintreten kann.

§. 40.

Wenn zugleich eine gesteigerte Erregbarkeit von Lust- und Wehgefühlen vorhanden ist, so sprechen wir von Stimmungswechsel.

Es ist dieses die reizbare Schwäche des Gemüths, welche darin besteht, dass fast „jede Vorstellung Gefühle erregt“. Der Stimmungswechsel ist nach Emminghaus hauptsächlich den sogenannten nervösen und belasteten Personen eigenthümlich. Ohne Vermittlung und fast ohne Grund erfolgt bei solchen Individuen der Uebergang von Lust zu Schmerz, von Freude zur Traurigkeit (Legrand du Saulle cit. von Emminghaus). Derartig thymisch labile Individuen sind Hysterische, Hypochonder, Epileptiker, am Kopf Verletzte, viele Lyssa-Kranke; bisweilen beobachtet man dasselbe in der Chorea minor und magna, bei Meningitis tuberculosa und cerebrospinalis, bei allen Formen der Hirnatrophie und bei multipler Hirnsklerose. In den Initialzustandsformen der Paraphrenieen, vor allem in der Manie zeigt sich häufig und charakteristisch dieser Stimmungswechsel; ferner bei der Nymphomanie, dem transitorischen Irresein, den leichten Graden der alkoholischen Geistesstörung, bei Schwachsinnigen, bei der Folie circulaire und Hebephrenie (Emminghaus).

Die Stimmungsmischung ist dadurch charakterisirt, dass entgegengesetzte Gefühle so rasch sich folgen, dass sie scheinbar zugleich im Bewusstsein auftreten. — Emminghaus bezeichnet die zunächst hierher gehörige Erscheinung als Rührung (auch wohl als Wehmuth), welche im Allgemeinen bei starken Lustreizen, bei überraschenden, freudigen Erregungen vorkommt. Diese Anomalie beobachtete derselbe bei schweren Leiden überhaupt, speciell im Beginne psychischer Störungen, wenn die Erregbarkeit der Gefühle im Allgemeinen unverhältnissmässig stark ist, und die Erscheinungen der psychischen Hyperalgie im Krankheitsbilde vorherrschen.

2. Herabgesetzte Erreglichkeit.

(Psychische Anhedonie, Analgie — Emminghaus).

§. 41.

Bei der herabgesetzten Erreglichkeit der psychischen Lustgefühle unterscheidet Emminghaus verschiedene Grade: „von der leichten Herabsetzung der Erreglichkeit bis zum totalen Stummbleiben derselben bei psychischen Reizen. Beim Kranksein überhaupt pflegt die Fähigkeit zum Geniessen nach jeder Richtung hin mehr oder weniger abgeschwächt zu sein. Das Angebot von sinnlichen, ästhetischen und ge-

müthlichen Genüssen dient ja bei Kranken überhaupt als Reagens auf das Befinden.“

Man begreift unter psychischer Anhedonie herabgesetzte Impressionabilität, zum Theil Apathie, Indifferenz, Athymie, psychische Abstumpfung.

Die psychische Anästhesie ist Gleichgiltigkeit bis zum Stumpfsinn. Romberg (cit. von Emminghaus) nennt sie die Kehrseite der psychischen Hyperästhesie, der Hypochondrie“. v. Krafft-Ebing versteht darunter das Unvermögen, die Empfindungen zu appercipiren. Psychische Anästhesie ist ein häufiges und wichtiges Symptom, es kann die Bedeutung 1. einer Hemmungs-, 2. einer Ausfalls-Erscheinung im Mechanismus haben. Für die Differential-Diagnostik ist das Bewusstsein dieser fehlenden Gefühlsbetonung wichtig. Andere Bezeichnungen für diese Erscheinungen sind: Anästhesia psychica dolorosa und Oligorie (Snell).

ad 1. Bei dem Melancholikus ist die psychische Anästhesie eine Hemmungserscheinung. Durch die abstumpfende Wirkung des psychischen Schmerzes tritt eine vollständige Atonie des Gemüths ein. Auf ethischem wie auf religiösem Gebiete haben diese Hemmungserscheinungen nach v. Krafft-Ebing sehr häufig zoontophobische und dämonomanische Wahnideen zur Folge.

ad 2. Häufiger erscheint die gemüthliche Abstumpfung als Ausfallserscheinung. Bei den degenerativen Irreseinszuständen ist sie im Allgemeinen das erste Symptom, welches dem erfahrenen Beobachter auffällt, als Zeichen eines unheilbaren Leidens. Bei den erblich degenerativen, dysmoralischen Charakteren fehlt sie nie. Aus dem Unvermögen von Seiten des Kranken, diesen Defect wahrzunehmen, schreibt sich die Theilnahmlosigkeit für eigenes und fremdes Glück und Unglück her.

Stumpfheit bezw. Negation der Unlustgefühle ist ein werthvolles Symptom einerseits bei beginnenden psychischen Störungen, namentbei der Hirnhämorrhagie, Dementia senilis und Paraphrenia paralytica, andererseits für die Heilung mit Defect nach psychischen Krankheitsprocessen. Nahe verwandt ist die Abschwächung oder Negation des Ekels, welche sehr oft bei Zuständen geistiger Schwäche beobachtet wird. Anhaltende Paralyse (Emminghaus) des Ekelgefühls bei Hirnkrankheiten weist auf psychischen Verfall hin. Aengstliche Gefühle und Wahnvorstellungen bei Hypochondern können auch paralysirend auf die Ekelgefühle wirken. Beispiele von Paralyse des sexuellen Ekels liefert die forensische Casuistik der Vergehen widernatürlicher Unzucht. Bei den Fällen thatsächlicher, conträrer Sexualempfindung (Westphal) ist eine völlige Umkehr der Geschlechtsgefühle vorhanden.

§. 42.

Sittliche Analgie findet sich sowohl in Exaltations- als auch in Depressionszuständen, ebenso bei den erblich und durch Excesse in venere et baccho in einen solchen Zustand gerathenen Dysmoralischen.

Interessant sind diejenigen Formen, in denen vorzugsweise nur gewisse Seiten des Gefühlslebens von der Störung betroffen werden. Das Interesse des Kranken zieht sich hier wesentlich auf die Zustände der eigenen Person zurück, und der Kranke verliert ebenso die Freude an den edleren, geistigen und ästhetischen Genüssen, wie das Gefühl für die Anforderungen des Anstandes, der Sittlichkeit und der Religion. Ein solcher Defect ist regelmässig Begleiterscheinung des angeborenen und erworbenen Schwachsinns. Jedoch kommen derartige Zustände auch bei den schwereren Hypochondrieen vor. Das Herumwühlen im eigenen Koth und Urin etc. illustriren zur Genüge diese sittlich analgischen Zustände.

B. Perversität der Gefühle.

§. 43.

Das Wesen der Perversität der psychischen Gefühle besteht nach der zutreffenden Definition Emminghaus' darin, dass psychische Reize, die normaler Weise Unlust erregen sollten, gerade umgekehrt Ursache von Lust werden, andererseits die Reize, die dem Gesunden Wohlgefühle erwecken, bei dem Kranken Quelle von psychischem Schmerze werden. Diese Gefühlsanomalieen sind charakteristisch für die sogen. psychischen Entartungen. „Aber nicht allein die Entartungen, jene krankhaften Entwicklungsvorgänge des psychischen Lebens, sondern auch die psychischen Störungen, welche erworben werden, können derartige Gefühlsperversitäten mit sich bringen,“ die beim Beginn der Störung vom Kranken als fremdartige, pathologische empfunden werden und heftige gemüthliche Stürme bei ihm hervorrufen. Diese Gefühlsstörungen haben dadurch hohe Wichtigkeit, dass ihre Träger leicht gemeingefährlich werden können. Hierher gehören die sogen. Idiosynkrasieen: recht alter, stinkender Käse wird dem feinsten Opoponax vorgezogen, widernatürliche Gerüche, z. B. Teufelsdreck werden angenehm empfunden. Am meisten praktische Bedeutung haben diese perversen Gefühle in sexueller Beziehung. (Abneigung mancher Neuropathischen und psychisch Entarteten gegen das andere Geschlecht, überhaupt der Ekel vor sinnlichen Genüssen, welche dem Gesunden natürlich sind.) Mit diesen Alienationen der Gefühle verbinden sich noch perverse Lustgefühle. Es wird nicht nur Lust statt Unlust empfunden, sondern es

macht sich gleichzeitig auch die Lust am Unästhetischen und Unsittlichen geltend (Emminghaus). Schon die physiologischen Störungen des psychischen Lebens liefern Beispiele für die Perversität der intellectuellen Gefühle in entsprechend milderer Form. Zeller (cit. von Emminghaus) rechnet Gemüthszustände wie Verbitterung, Aergerlichkeit etc. schon zu den krankhaften; es enthalten diese zugleich die Elemente der Hyperalgie und der Unfähigkeit zu Lustgefühlen. Hierher gehört auch die Misanthropie, welche wir bei Melancholikern und psychisch Entarteten finden. Fast noch wichtiger sind die entgegengesetzten Gefühlsalienationen, deren Wesen darin besteht, „dass den Kranken psychische, naturgemäss schmerzlich wirkende Reize, Lustgefühle erregen.“ Hierher sind die krankhaften Lustgefühle bei sexueller Berührung mit dem verblühten Alter, mit dem eigenen Geschlecht, mit Leichen und Thieren, ferner die Gelüste nach Ekel erregenden Dingen, Kothschmiererei, Urintrinken, Antropophagie etc. zu zählen. Miniaturerscheinungen dieser Art haben wir in den Gelüsten von Schwangeren und Hysterischen vor uns. Zu diesen Perversitäten kann man auch jene Zustände rechnen, in denen die Kranken gezwungen sind, bei schmerzlichen Anlässen zu lachen, bei fröhlichen zu weinen, sich einer Leidseligkeit (Ideler cit. von v. Krafft-Ebing) hinzugeben. Mit dieser Benennung bezeichnet der eben erwähnte Autor eine gewisse Lust an der Wehmuth, eine Anomalie, die im Bilde der Dysthymie vorkommt. Diese Affection wird mit dem Namen Paramimie bezeichnet. In der Gesundheitsbreite findet sie sich als Attribut „nervöser“ Frauen.

Man beobachtet fast stets, dass Individuen mit einem solchen Defect auch Defectuositäten auf anderen Gebieten zeigen: die Moral, das ästhetische Gefühl und die gemüthliche Empfindung sind dann in gleicher Weise afficirt. Emminghaus charakterisirt dieses unter einander Zusammenhängen sehr treffend: die Freude am Zerstören der Ordnung, die Lust am Ruiniren oder Entstellen von Producten menschlichen Fleisses steht sehr nahe der perversen Lust am Zerstückeln und Zerfetzen von Cadavern, und dies wieder hängt zusammen mit der Wollust an fremdem Schmerze, sei er sinnlich oder psychisch. Es ist eine alte Lehre, dass abnorme sexuelle Erregung mit Freude an sinnlichem, fremdem Schmerze zusammentrifft.

Die Schadenfreude ist pathognomonisch für die Hebephrenie. Sie tritt nach Emminghaus besonders bei erblicher Geistesstörung auf, bei Hysterischen nach Jolly (cit. von Emminghaus) dauernd, in den Anfällen der Chorea magna bisweilen, im acuten Alkoholismus, bei Tobsüchtigen und Wahnsinnigen vorübergehend. Hierher gehört auch als Defect in der Gefühlssphäre die Lust der Hysterischen an allerhand Betrügereien etc., die Freude am Verläumden hinter dem Rücken, am

„Lügen ohne Noth“, welche wir bisweilen bei neuropathischen Kindern beobachten; doch kenne ich einzelne Individuen, welche ohne belastet zu sein, bis in ihr hohes Alter die unglaublichsten Dinge erzählen; ein gewisser gelinder Schwachsinn ist zwar bei ihnen nachzuweisen.

ZWEITES CAPITEL.

Paranöesieen.

Störungen des Denkens.[1]

I. Allgemeines über den physiologischen Vorgang des Denkens. (Meynert).

§. 44.

Der anatomische Mechanismus des Vorderhirns, speciell der Hemisphären, besteht:

1. aus den Rindenzellen, in denen die Eindrücke der Aussenwelt deponirt sind;
2. aus den Projectionssystemen, welche die Eindrücke der Sinnes-Oberflächen zur Muskulatur leiten;
3. aus den U förmigen, bogenförmigen oder geradläufigeren Associationssystemen, welche diese Eindrücke im Bewusstsein festhalten und zum Bewusstsein bringen.

„Associirt werden alle Eindrücke, welche räumlich neben einander zugleich einwirken, z. B. der optische Eindruck eines Thieres und sein Geschrei, so dass das blosse Vernehmen des Geschreies auch ohne Sichtbarkeit des Thieres dessen optisches Rindenbild an der Kette der Associationsbündel über die Schwelle des Bewusstseins zieht. Ein einzelner Fall der Associationsleistung ist somit die Schlussbildung. Associirt werden auch alle Eindrücke, die im zeitlichen Nebeneinander eintreten, sofern das Rindenbild des ersten Eindrucks noch nicht abgeklungen ist, wenn der zweite eintritt, wie in dem Nacheinander von gemerkten Worten.“ Nach v. Krafft-Ebing sind die sensorischen Rindencentren die Stelle für den Act der Wahrnehmungen und für die Aufbewahrung der bezüglichen Erinnerungsbilder. In den subcorticalen Centren mögen durch spontane innere Erregungsvorgänge wohl elementare Sinnesempfindungen, wie Riechen, Farben-Erscheinungen,

[1]) Emminghaus, Allgemeine Psychopathie. — v. Krafft-Ebing, Lehrbuch. — Meynert, Psychiatrie und klinische Vorlesungen über Psychiatrie. — Schüle, Klinische Psychiatrie. — Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. — Savage-Knecht, Geisteskrankheiten. — Weiss, Compendium. — cf. Litteratur.

Töne etc. reproducirbar sein und zur Stärke einer wirklichen Sinnesempfindung erhoben werden können; sicher aber ist dies niemals der Fall bei complicirten Erinnerungsbildern.

Die erste Ordnung in den Gedankengängen, d. i. in den Verbindungen der einzelnen Rindenbezirke, beruht auf erworbener Activität der corticalen Verbindungen. Die verschiedenen Wahrnehmungsterritorien, in welchen sich die Erinnerungsbilder anhäufen, stehen durch die Associationsbahnen Meynert's in anatomischer Verbindung und in functionellem Verkehr. Je besser die Anlage der Centren und ihrer Bahnen ist, je früher und zweckmässiger ihre associative Knüpfung und Einübung durch methodische Erziehung stattfindet, um so reicher gestaltet sich der Inhalt des individuellen Geisteslebens.

§. 45.

Die letzten denkbaren materiellen Grundlagen des psychischen Lebens, die physikalischen Eindrücke psychischer Vorgänge in den Ganglienzellen sind molekuläre Bewegungen. „Jeder Associationsvorgang entsteht dadurch, dass von irgend welcher Rindenstelle die lebendige Kraft auf die bei dem ganzen Prozess betheiligten Elemente übertragen wird.“ Da der Mensch aber im Allgemeinen nicht fähig ist, neben einander zwei von einander verschiedene Gedankenvorgänge zu verfolgen, so ist die Ansicht Fechner's wohl richtig, nach der ein allgemeiner Schlaf denkbar ist, stets aber nur ein partielles Wachen. Es ist der eben behauptete Satz nicht damit zu verwechseln, dass ein Mensch fähig ist, zweierlei Verschiedenes zu gleicher Zeit auszuführen; bei diesem Vorgange ist nur die eine Handlung bewusst, während die andere rein mechanisch ausgeführt wird. Wir haben es im Zustande des partiellen Wachens und des partiellen Schlafens nur mit Intensitäts-Unterschieden der Associationen zu thun. Diese Intensitäts-Unterschiede sind aber nur Unterschiede in der Höhe der Ernährung auf Grund eines chemischen, synthetischen Prozesses. Je intensiver die Functionshöhe in irgend welchen Gedankenverbindungen ansteigt, um so tiefer und verbreiteter ist der partielle Schlaf. Der Mensch, der eine verwickelte mathematische Aufgabe löst, nimmt andere Wahrnehmungen mit so geringer Intensität auf, dass neben ihm gesprochen werden kann, ohne dass er es momentan vernimmt, wenn er sich später auch der gehörten Rede erinnert (Meynert). Dieser tief angeordnete Gedankengang schliesst die höchsten Intensitäts-Unterschiede durch Reizhöhe einerseits, durch Hemmung corticaler Action andererseits in sich. Im jeweiligen Denkvorgange sind Haupt- und Neben-Associationen zu unterscheiden. Ein glänzender Beweis für die Complicirtheit dieses corticalen Lebens mit Nebenassociationen ist die Musik. Sie zeigt, dass der bewusste, im

partiellen Wachen vor sich gehende corticale Process begleitet ist von unter der Schwelle des Bewusstseins ablaufenden Nebenvorstellungen, welche noch die Intensität haben, Bewegungsvorgänge auszulösen. Jeder geordnete Gedankengang ist von bestimmten Arten von Nebenassociationen begleitet; daher ist ein solcher im Rahmen höherer Verwirrtheit ein ganz unmögliches Ereigniss.

Rindenbilder von der Stärke, dass sie sich im Verlaufe einer langen und verwickelten Ueberlegung noch im Bewusstsein vorfinden, lässt dieser Inanitionszustand des corticalen Organes nicht zu, so dass die Nebenvorstellungen nicht gehemmt werden. Wo kein kräftiges Motiv erwächst, da wird kurzen und einfachen Verbindungen keine Hemmung im Wege stehen. Dies ist durch die klinische Thatsache belegt, dass der Verwirrte Reime, Assonanzen an einander reiht, dass das, was er spricht, zu blossen Wortaufzählungen herabsinkt.

Dem Verschwinden starker Vorstellungen liegt zum Theil Inanition von Nervenzellen und Bahnen durch Uebermüdung zu Grunde. Die Verwirrtheit ist ein Ausfallssymptom. Die hallucinatorische Verwirrtheit zeigt jedoch an, dass mit der Ausfallserscheinung Reizerscheinungen sich vermischen; während nämlich die corticalen Leistungen tief herabsinken, entwickeln im Gegensatze dazu die subcorticalen Sinnesorgane stärkere Reizformen, Sinneswahrnehmungen ohne Sinnesobjecte. Soweit Meynert.

Bei Betrachtung des menschlichen Geistes gewahrt man räumlich-zeitlich sich abwickelnde, an Organe gebundene Bewegungs- resp. Thätigkeitsformen, und neben ihnen incommensurabel, ganz sui generis die Function des Nervensystems ab- und auslösend, eine neue wesentlich verschiedene Bewegung oder Thätigkeitsform in der Empfindung. Der sich weiter entwickelnde geistige Process führt nach Consolidirung der Individualität zur Anschauung und Wahrnehmung. Aus Empfindung und Wahrnehmung bildet sich die Vorstellung heraus, aus der Fähigkeit, abstract zu denken und aus dem Wiedererkennen entwickelt sich der Begriff, daraus entwickelt sich wiederum Schluss und Urtheil. Den Wahrnehmungsinhalt nach geisteseigenthümlichen Kategorieen von Qualität und Causalität hin und her bewegen, der Ichreihe eingliedern, verdichten und formen, mit ihr amalgiren heisst denken. Die Empfindung giebt den Inhalt, die logischen Kategorieen geben die Form (Schüle).

§. 46.

Ein einfacher, jedem Bewusstsein bekannter Unterschied im Vorstellen besteht darin, dass dasselbe bald als ein ruhiges Phantasiren und Denken fortgeht, und dass es andere Male von einer stärkeren Schwankung, von einer allgemeinen psychischen Unruhe begleitet wird. Im ersten

Falle verhalten sich die Vorstellungsmassen, die das Ich repräsentiren, zu dem eben im Bewusstsein befindlichen Vorstellen als ruhige Zuschauer; indem sie es appercipiren, werden sie nur schwach und langsam von ihm verändert, und wenn sich dabei auch dunkle Urtheile über die Förderung oder Hemmung des Ich ergeben (Lust oder Unlust), so sind diese von geringer Intensität. Im zweiten Fall erregt ein lebhafter Vorgang im Bewusstsein, z. B. eine plötzlich gegebene Vorstellungsmasse oder ein Trieb, der sich heftig geltend macht, einen tumultuarischen Auftritt. Durch jenen Vorgang nämlich werden einzelne ruhende Vorstellungshaufen schnell heraufgezogen, diese bringen andere mit sich, noch andere werden schnell, aber nicht ohne Widerstand zurückgetrieben, und das Ich muss dadurch nothwendig in der Weise lebhafterer Förderung oder Hemmung, lebhafterer Lust oder Unlust afficirt werden.

Im Gehirn sammeln sich zugleich alle durch das Rückenmark zugeleiteten Eindrücke und die Eindrücke aus den höheren Sinnesnerven, Gesicht, Gehör etc. Ohne in einander zu fliessen, treten sie dort zusammen, werden combinirt, associirt, in die mannigfaltigsten Beziehungen und Zusammensetzungen gebracht und erregen in der Gehirnsubstanz andere, neue, rein subjective innere Bilder. Von ihnen allen bleiben endlich Residuen zurück, aus deren Combination wieder gewisse Resultate allgemeiner Art (Abstractionen) sich bilden und — alles ganz unwillkürlich — in demselben Augenblicke, wo sie entstehen, schon logisch verarbeitet, zu Urtheilen, Schlüssen etc. gesammelt und verbunden werden. Alle diese Vorgänge sind offenbar noch lange an die Thätigkeit der sensorischen Gebiete des Gehirns geknüpft. — Das Gehirn ist aber auch ein grossartiger Reflexapparat. Hier finden zum Theil einfache, unmittelbare Reflexe von Sinnesreizen auf Muskelcontractionen, doch meist schon umfassender Art (Zusammenfahren, Tactbewegungen u. dgl.) statt. Aber viel mehr charakteristisch für das Gehirn sind die Reflexe aus jenen schon verarbeiteten Resultaten der vielfachen, durch gegenseitige Einwirkung modificirten, mehr oder weniger abstract gewordenen sensorischen Acte. Diese Reflexe äussern sich nicht in unmittelbaren Muskelcontractionen, sondern enthalten vielmehr die Anregungen, die allgemeinsten Bewegungsbilder für künftige, zusammengesetzte und vielfache Muskelbewegungen (Handlungen).

§. 47.

Einfache Formen dieser psychischen Einnahme durch sinnliche Reception und Ausgabe durch Reflexaction sind in verschiedenen Höhen der Ausbildung bei den Thieren und beim Kinde zu beobachten. Hier sehen wir das wenig vermittelte Umschlagen der sensitiven Eindrücke in

Triebe zu lebhafter Beweglichkeit. Zwischen diese beiden Grundacte des psychischen Lebens aber schiebt sich ein durch die wachsende Fülle der Empfindungen erstarkendes und sich vielfach gliederndes Centrum ein, welches das Empfinden und Bewegen beherrscht und innerhalb dessen das ganze geistige Leben des Menschen spielt. Dieses Gebiet ist das Vorstellen, welches die eigentliche Energie des Seelenorgans darstellt.

Alles geistige Geschehen geschieht innerhalb des Vorstellens, und die verschiedenen geistigen Vorgänge (Phantasiren, Wollen, Gemüthsbewegungen etc.) sind nur verschiedene Beziehungen des Vorstellens auf die Empfindung und Bewegung oder Resultate von Conflicten der Vorstellungen unter sich selbst.

Das Vorstellen steht den inneren sensorischen Thätigkeiten sehr nahe. Es scheint beim Vorstellen wesentlich einestheils eine subjective, gewöhnlich sehr schwache Erregung der sensorischen Centren stattzufinden, andererseits eine Combination mehrerer solcher Erregungen zu einem allgemeinen Bilde (Abstracten), von dem aus dann jene einzelnen Erregungen, aus denen es hervorging, immer wieder einzeln angeklungen werden.

Eine grosse Menge anderer Vorstellungen entstehen von den jeweiligen Sinnesreizen unabhängig durch Combination der Residuen früherer Sinneseindrücke mit den inneren empfindenden Vorgängen. Die zum grossen Theil unbewussten Bewegungen auf diesem Gebiete geben die wichtigsten Beiträge für unsere Stimmungen, für die Richtungen unseres Geschmacks, unserer Sympathieen und Antipathieen.

§. 48.

Unter „Vorstellung“ versteht man nach Emminghaus das „Bild eines Gegenstandes, welches durch einen Eindruck auf die Sinne entsteht; demnach geht die Vorstellung aus sinnlichen Empfindungen hervor.“ Indem die Ganglien für einmal empfundene Reize Erinnerungsbilder ansammeln, fällt ihnen die vorstellende Thätigkeit, als die Grundlage der Gedächtnissfunctionen zu. Emminghaus scheidet die Vorstellungen in 1. Anschauungsvorstellungen, 2. Wahrnehmungen, welche Bewusstseinsbilder direct wahrgenommener Gegenstände sind, 3. Einbildungsvorstellungen, die den Bildern früher angeschauter (wahrgenommener) Objecte bald geradezu, bald theilweise entsprechen. „Das führt auf die den Centralorganen des Nervensystems eigenthümliche Fähigkeit, einmal stattgehabte Wahrnehmungen zu reproduciren. Diese Reproduction ist entweder eine Erinnerung oder, wenn sie Bestandtheile früherer Vorstellungen zu einem nur möglichen Bilde vereinigt, ist sie eine Phantasie-Vorstellung im engeren Sinne.“

Auf Grund ihrer specifischen Energie bringen die einzelnen Sinnesorgane in Relation zu ihren Thätigkeiten Anschauungsvorstellungen von jedesmal bestimmtem Charakter hervor. Geruch und Geschmack rufen bei ihrer Erregung nur Empfindungen und Gefühle, Gesicht, Gehör und Tastapparat dagegen sehr klare Wahrnehmungen hervor.

Complexe Vorstellungen entstehen aus der Summation mehrerer Empfindungen eines oder verschiedener Sinne, und zwar unterscheidet Emminghaus Einzelvorstellungen und Allgemeinvorstellungen, je nachdem der Empfindungsinhalt einer Vorstellung unverändert bleibt, und sich auf einen einzelnen Gegenstand bezieht, oder die Veränderlichkeit einzelner und die Constanz anderer Bestandtheile der Objecte zugleich zur Wahrnehmung kommt.

§. 49.

Im Laufe unseres Lebens bilden sich, vermöge der fortschreitenden Verbindung der Vorstellungen, immer mehr zusammenhängende, grosse Vorstellungsmassen. Ihre Eigenthümlichkeit beim einzelnen Menschen wird nicht nur von dem speciellen Inhalt der einzelnen, durch Sinneswahrnehmung und äussere Erlebnisse hervorgerufenen Vorstellungen, sondern auch von ihrem habituellen Verhältnisse zu den Trieben und zum Wollen, und von den stehend gewordenen, hemmenden oder fördernden Einflüssen aus dem ganzen Organismus bestimmt. Schon das Kind kommt dazu, aus seinen verhältnissmässig noch einfachen Vorstellungsmassen einen Gesammteindruck zu erhalten, den es, sobald das Material gehörig gewachsen und erstarkt ist, anfängt, mit einem abstracten Ausdrucke, dem Ich, zu bezeichnen.

Das Ich ist eine Abstraction, in der Residuen aus allem einzelnen bisherigen Empfinden, Denken und Wollen wie zusammengewickelt enthalten sind, und die sich im Fortgang der psychischen Processe mit einem immer neuen Inhalte füllt. Aber diese Assimilation des neuen Vorstellens zu dem vorhandenen Ich geschieht nicht auf einmal, es wächst und erstarkt sehr allmählich, und das noch Nicht-Assimilirte tritt anfangs als ein Gegensatz zu dem Ich, als ein Du im Menschen auf. Nach und nach bleibt es nicht mehr bei einem einzigen solchen Complexe von Vorstellen und Wollen, der das Ich vorstellt, sondern es bilden sich mehrere solche geschlossenen, gegliederten und erstarkten Vorstellungsmassen; zwei (und nicht nur zwei) Seelen wohnen dann in des Menschen Brust, und je nach dem Vorherrschen der einen oder der anderen dieser Vorstellungsmassen, die nun alle das Ich repräsentiren können, wechselt dieses oder wird in sich gespalten. Hieraus kann sich Widerspruch und Widerstreit im Innern ergeben, und solcher ergiebt

sich auch wirklich in jedem denkenden Menschen. Die Lösung desselben bringen glückliche, harmonische Naturen von selbst mit, indem sich in allen diesen verschiedenen Vorstellungscomplexen einige allgemeine, in allen wiederkehrende, wenn auch nur dunkle und nicht deutlich sagbare Grundanschauungen gemeinsam entwickeln, wodurch auf allen Gebieten des Denkens und Wollens eine harmonirende Grundrichtung — als Beispiel solcher verschiedenen Grundrichtungen mag der Glaube einerseits, der Empirismus andererseits dienen — sich ergiebt. Es ist nun die höchste Aufgabe der Selbstbildung, nicht nur solche gemeinsamen festen Grundrichtungen zu gewinnen, sondern sie allmählich so viel als möglich durch Denken ins Bewusstsein zu erheben und so in den festen Besitz solcher, der individuellen Natur adäquater, durchdachter Obersätze alles Denkens und Wollens zu gelangen.

Unser Ich ist zu verschiedenen Zeiten ein sehr verschiedenes, je nach dem Alter, verschiedene Lebenspflichten, Erlebnisse, momentane Erregungen diese oder jene, dann eben das Ich repräsentirende Vorstellungsmasse mehr entwickelt und in den Vordergrund gedrängt haben. Wir sind „ein Anderer und doch derselbe.“ Mein Ich als Arzt, mein Ich als Gelehrter, mein sinnliches Ich, mein moralisches Ich etc., d. h. die Complexe von Vorstellungen, Trieben und Willensrichtungen, die durch jene Worte bezeichnet werden, können mit einander in Widerspruch gerathen und der eine zu verschiedenen Zeiten die anderen zurückdrängen. Nicht nur Inconsequenz und Zerfahrenheit des Vorstellens und Wollens, sondern auch — wegen des beständigen hemmenden Widerspruchs aller übrigen — völlige Energielosigkeit auf jeder einzelnen dieser Seiten müsste die Folge sein, wenn nicht einige wenige, dunklere oder bewusstere Grundrichtungen auf allen diesen Gebieten wiederkehrten.

Eines der deutlichsten und für die Verhältnisse bei Geisteskrankheiten instructivsten Beispiele einer noch physiologischen Erneuerung und Umgestaltung des Ich geben die psychischen Ereignisse während der Pubertätsentwicklung. Mit dem Activwerden bisher ruhender Körpertheile und mit der gänzlichen organischen Revolution in diesem Lebensalter treten in verhältnissmässig kurzer Zeit grosse Massen neuer Empfindungen, Triebe, dunklerer oder deutlicher Vorstellungen und Willensimpulse in's Bewusstsein. Diese durchdringen allmählich die alten Vorstellungskreise und werden zu constituirenden Bestandtheilen des Ich; dieses wird ebendamit ein ganz anderes, neues, und die Selbstempfindung erleidet eine durchgreifende Metamorphose. Aber freilich, bis es zu dieser Assimilation gekommen ist, kann diese Durchdringung und Zersetzung des alten Ich kaum ohne mancherlei Drang im Bewusstsein und ohne tumultuarische Erschütterung desselben, d. h. nicht ohne mancherlei Gemüthsbewegungen vor sich gehen. Deshalb ist jene Lebensepoche ganz vorzüglich die Zeit innerlich entspringender, äusserlich unmotivirter Gemüthsbewegungen.

§. 50.

Dieses Beispiel erläutert mit vielfachen Analogieen das I r r e s e i n schön. Bei diesem nämlich entwickeln sich gewöhnlich, gleichfalls von innen heraus, mit der eintretenden Gehirnkrankheit Massen neuer, dem Individuum bisher in dieser Weise fremd gewesener Empfindungen, Triebe und Vorstellungen (z. B. grosse Angstempfindungen, daran ge-

knüpft die Vorstellungen eines begangenen Verbrechens, der Verfolgung). Anfangs stehen diese dem alten Ich als ein fremdes, oft Staunen und Schrecken erregendes Du gegenüber. Oft wird ihr Eindringen in die alten Vorstellungskreise als Inbesitznahme des alten Ich von einer dunkeln, überwältigenden Macht empfunden und die Thatsache solcher Besitznahme in phantastischen Bildern bezeichnet. Immer aber ist diese Duplicität, dieser Widerstreit (des alten Ich) gegen die neuen, nicht adäquaten Vorstellungsmassen wenigstens von peinlichen Empfindungskämpfen, von affectartigen Zuständen, von heftigen Gemüthsbewegungen begleitet. Hierin zum grossen Theile liegt der Grund der erfahrungsmässigen Thatsache, dass die ersten Stadien der ungeheuren Mehrzahl der Geisteskrankheiten in vorwaltenden Gemüthsleiden, und zwar Gemüthsleiden trauriger Art bestehen.

Wird nun die unmittelbare Ursache des neuen, anomalen Vorstellens, die Gehirnaffection, nicht gehoben, so wird jenes fest und stehend, und indem es allmählich mit den Vorstellungsmassen des alten Ich überall Verknüpfungen eingeht, indem oft andere Massen widerstandsfähiger Vorstellungen durch die Gehirnkrankheit ganz ausgelöscht und verloren gegangen sind, hört dann allerdings nach und nach der Widerstand des alten Ich, der Streit im Bewusstsein auf, und die Stürme der Gemüthsbewegungen legen sich, aber nun ist durch jene Verknüpfungen, durch jene Aufnahme der anomalen Vorstellungs- und Willenselemente, eben das Ich selbst verfälscht und ein ganz anderes geworden. Dann kann der Kranke wieder ruhig und sein Denken zuweilen formal richtig sein; aber überall in dasselbe schieben sich jene anomalen, irrigen Vorstellungen, weil sie überall Verbindungen angeknüpft haben, als unbezwingliche Prämissen ein; der Kranke ist in keiner Beziehung mehr der Alte, sondern ein ganz Anderer — sein Ich ist ein neues, falsches geworden. Andere Male scheint es, dass sich sogar mehrere unter sich wenig congruente Massen von Vorstellungen, deren jede das Ich repräsentiren will, bilden, und es kann damit die Einheit der Person ganz verloren gehen (manche Blödsinnig-Verrückte). Insofern die Gemüthsbewegungen in solchen Zuständen aufgehört haben, kann man diese jetzt mit Recht als ein bloss falsches Denken, als Verstandeskrankheiten bezeichnen.

Hier bemerke man gleich die enorme Wichtigkeit, welche die Beschaffenheit des vorhandenen (alten) Ich in diesen Zuständen haben muss. Ein schwaches Ich wird von dem neuen, anomalen Vorstellen eher überwunden werden, als ein starkes. Eine langsame, schleichende Durchdringung der alten Vorstellungscomplexe durch die neuen wird zwar viel geringere Gemüthsbewegungen setzen, aber, indem es das Ich auch weniger zum Widerstande auffordert, dasselbe um so sicherer ersetzen und absorbiren. Die Dauer der Krankheit wird unter allen Umständen von grösster Wichtigkeit sein. Die neuen Vorstellungsmassen werden dem Ich um so gefährlicher sein, je mehr sie ihrem Inhalte nach schon Verwandtschaft mit den alten Vorstellungscomplexen haben;

dann wird die Beimischung leichter, aber auch das Resultat eine gegen den früheren Zustand weniger auffallende Veränderung des Ich sein. Alle diese Sätze werden von der täglichen Erfahrung auf's bündigste bestätigt.

Im gesunden Leben finden die verschiedenen Vorstellungscomplexe, welche das Ich repräsentiren können, eine einheitliche Grundlage vor allem in dem Vorstellungscomplex des eigenen Körpers. Wenngleich diese körperliche Selbstempfindung im Laufe des Lebens auch mannigfach wechselt (Krankheit, Alter etc.), so bleibt doch immer die Gesammtvorstellung desselben Leibes als Sammelplatz für die übrigen Vorstellungen und als Centrum, von dem die motorischen Acte ausgehen. Aber es giebt anomale Zustände (und gerade öfters in den Geisteskrankheiten), wo das körperliche Gemeingefühl sich rasch und bedeutend verändert, so dass hiermit selbst diese sinnliche Grundlage des alten Ich total umgewandelt wird; dann erst wird mit der bisherigen Persönlichkeit total gebrochen, diese gar nicht mehr als die eigene anerkannt, dann erst hält sich der Kranke für ein ganz anderes Individuum als er wirklich ist. Dies ist sehr wesentlich zu unterscheiden von denjenigen Metamorphosen, welche das Ich durch blosse Füllung mit neuen (durch die Gehirnerkrankung veranlassten) Vorstellungen und Bestrebungen ohne wesentliche Aenderung in der körperlichen Selbstempfindung erleidet.

§. 51.

„Anschauungsformen wie Zeit und Raum sind ihrem Inhalte nach überhaupt variable Vorstellungen, da mit dem Wechsel des Vorstellungsinhaltes die Veränderlichkeit des Vorstellens selbst bewusst wird. Hierbei spielt die Reproduction eine Rolle; denn ein Bewusstsein des Wechsels im Vorstellen wäre ohne Erinnerung nicht möglich. Das Eingreifen der Reproduction ist auch für die Bildung complexer Vorstellungen schon deshalb nothwendig, weil die von den verschiedenen Sinnesorganen aufgenommenen Merkmale eines Objectes nicht zugleich zum Bewusstsein gelangen. Bei der Erzeugung von Vorstellungen früherer Ordnung wirkt in gleicher Weise Erinnerung und Phantasie.

Wenn bei den Allgemeinerscheinungen nicht alle dieselben zusammensetzenden Einzelvorstellungen in gleicher Weise zum Bewusstsein gelangen, sondern nur die hervorstechenden Merkmale sich auf Kosten der veränderlichen geltend machen, so entstehen Schemata des Vorstellens; „Begriffe" hingegen enthalten schematisch nur diejenigen Bestandtheile der Allgemeinvorstellungen, welche wesentliche Merkmale und allen, denselben unterzuordnenden Einzelvorstellungen eigenthümlich sind. Wenn für die Begriffe überhaupt das Wort, der sprachlich schriftliche Ausdruck, unentbehrlich ist, so zeichnet sich dem empirischen, aus der Anschauung abgeleiteten gegenüber der abstracte Begriff dadurch aus, dass erst das aus der Anschauung Abstrahirte, nämlich die Beziehungen und Verhältnisse der Objecte zu einander in ihm enthalten sind und vorgestellt werden.

Es ist der abstracte Begriff nur in Form von Sprachzeichen möglich, er ist daher nur Besitzthum sprechender und in Sprachlauten den-

kender Organismen. Die Ausbildung der Begriffe ist nicht anders möglich, als durch complicirte Vorstellungsprocesse, welche nach bestimmten Regeln verlaufen müssen, um zu diesen Vorstellungsformen zu führen. Dass Reihen von Vorstellungen zur Bildung dieser Producte nothwendig sind, ist schon an sich in der Enge des Bewusstseins begründet, welches immer nur einer Vorstellung den Eintritt gestattet. Nur dieser einen Vorstellung kann sich die Aufmerksamkeit zuwenden, ähnlich wie der Blick des Auges nur eben einen Punkt zu fixiren vermag. Dem Blickpunkte entspräche geradezu beim Vorstellen die Apperception, nämlich der Eintritt einer Vorstellung mit voller Klarheit in den engen Bereich des Bewusstseins, dem Blickfelde dagegen die Perception, die noch undeutliche Richtung der Aufmerksamkeit auf andere Vorstellungen" (Emminghaus).

Vorstellungen und Sinnesthätigkeiten — hier sind die Verhältnisse am deutlichsten im Gesichtssinn — können nicht unbestimmte Zeit lang in derselben Weise andauern; es ist vielmehr, als ob das Vorstellende oder Empfindende von demselben Acte bald ermüdet würde, immer ein gewisser Wechsel nothwendig.

Wo zu solchem von aussen kein Anlass geboten ist, da wird, rein subjectiv, ein neues Empfinden oder Vorstellen von dem ersten hervorgerufen. Das einfachste derartige Phänomen ist das der sog. complementären Farben und subjectiven Contrastfarben (das Auftreten von Blau durch gesehenes Orange, von Violett durch Grün etc.). Nach denselben in ihrem tieferen Grunde sehr dunkeln Beziehungen des Constrastes und der Aehnlichkeit geht der Process im Vorstellen vor sich. Sobald eine Vorstellung eine gewisse Zeit gedauert hat, ruft sie eine andere, ihr ähnliche oder mit ihr contrastirende herauf, womit dann entweder ganz neue Vorstellungsreihen beginnen oder zu der ersten Vorstellung, welche die herrschende bleibt, zurückgekehrt werden kann.

Sehr auffallend ist dies z. B. an den Erfahrungen, wo mitten unter äusserlich motivirten traurigen Vorstellungen andere ganz entgegengesetzte, sehr lächerliche plötzlich auftreten.

Auch in anderen Sinnen, namentlich im Hautsinn machen wir, doch mehr in pathologischen Zuständen, die Erfahrung, dass durch eine Empfindung, z. B. einen Schmerz an einer gewissen Stelle, ähnliche Empfindungen, Kitzel, Schmerz etc. anderer Stellen geweckt werden, und dass solche Mitempfindungen die Neigung annehmen, jene ersten Empfindungen stets zu begleiten.

§. 52.

„Die Enge des Bewusstseins hat zur Folge, dass fortwährend ein Aufleuchten und Wiederverschwinden von Vorstellungen stattfindet, dass die Aufmerksamkeit in anhaltendem Wechsel in Bezug auf die Objecte sich befindet, denen sie zugewendet ist." Bei höher ausgebildetem Associationsvermögen kommt es zur associativen Gewöhnung (Emminghaus), d. h. es schliessen sich an eine Vorstellung diejenigen an und treten ins Bewusstsein, welche schon einmal oder öfter mit ihr verbunden gewesen sind. In diesen Formen der gesetzmässigen Verknüpfung von Vorstellungen (Associationsgesetze) ist also die Reproduction das wesentliche.

§. 53.

Das Nervensystem des Menschen und der Thiere hat die Tendenz gegen die Eindrücke der Aussenwelt zu reagiren; die durch den sinnlichen Reiz hervorgerufenen centripetalen Erregungen schlagen im Centralorgane in motorische Impulse um und äussern sich in Bewegungen und Handlungen. In verschiedenen Höhen des psychischen Lebens sehen wir verschiedene Erfolge aus dieser Einrichtung des Reflexes und Instincts sich ergeben. Im Rückenmarke erregen die noch gar nicht percipirten centripetalen Eindrücke unzweckmässige oder halb zweckmässige Bewegungen einzelner Muskeln und Muskelgruppen (einfachste Reflexbewegungen). Alle Sinnesorgane sind mit Muskelapparaten versehen, deren durch die Reizung des Sinnesnerven erregte, ganz unwillkürliche, aber zweckmässige Reflexbewegungen die sinnliche Perception begleiten und wesentlich unterstützen. Auch jener grössere Mechanismus, der die Bewegungsimpulse zu ganzen Reihen zweckmässig combinirter Muskelcontractionen in sich enthält, dem zunächst die Bewegungen unseres ganzen Körpers im Grossen anvertraut sind, wird durch sinnliche Empfindungen nach dem einfachen Modus der Reflexaction in Bewegung gesetzt, und zwar theils unzweckmässig (z. B. Zusammenfahren nach einem heftigen Sinneseindruck), theils in zweckmässiger Weise. Bewegungen letzterer Art werden durch sinnliche Empfindungen theils von aussen her erregt, wie wir in den grösseren Tactbewegungen nach musikalischen Eindrücken, in den rasch erfolgenden sogen. instinctiven Handlungen nach starken Sinneseindrücken (Abwenden u. dergl.) beobachten. Theils aber auch liegen die Ursachen der sinnlichen Empfindungen, welche das Handeln erregen, in unserem eigenen Körper. Die Empfindungen aus unserem ganzen Organismus, namentlich aber aus den Eingeweiden, aus dem Darme, den Genitalien etc. geben als sinnliche Bedürfnisse dem Handeln bald leisere, bald impetuosere Anstösse; im Thiere herrschen sie frei, sie machen den Hauptinhalt seiner psychischen Existenz aus.

Die Instincte verschiedener Thiere führen zu den oft bewunderten Leistungen, aber die Einzelhandlungen, die ein Thier dabei ausführt, sind demselben nur in der Combination mit dem ganzen Complexe nervöser Vorgänge und Zustände, welche dem Instincte angehören, möglich. Die Instinct-Handlungen zeigen also eine gewisse Starrheit ihrer Combinationen; es kann nicht ein Theil der ganzen Combination isolirt in Anwendung kommen, und dieselben laufen ab, auch wenn sie im speciellen Falle zwecklos sind (Exner).

§. 54.

Die Reaction des Nervensystems auf die Eindrücke der Aussenwelt geschieht meist so, wie es im Grossen und Ganzen zweckdienlich, d. h. zur Erhaltung des Individuums und seiner Art vortheilhaft ist. Aber der Mechanismus reagirt auch dann so, wenn es im einzelnen Ausnahmefalle unzweckmässig ist. Auch der Mensch hat Instincte, welche dadurch charakterisirt sind, dass Actionen in starren Combinationen ausgeführt werden. Der Mensch blinzelt z. B. bei Berührung des Auges, auch wenn es im speciellen Falle überflüssig oder schädlich ist. Der Mechanismus fungirt entsprechend dem allgemein Zutreffenden und nimmt auf den speciellen Ausnahmefall keine Rücksicht (Exner).

Diese Eigenthümlichkeit nun bildet die Grundlage der typischen allgemeinen Denkfehler und der grössten Zahl der Sinnestäuschungen. Ein auf den Bulbus wirkender Druck erzeugt eine Lichterscheinung an einem bestimmten Orte, weil in der grossen Mehrzahl der Fälle sich eben an jenem Orte im Raume ein helles Object befinden muss, wenn diese Netzhautstelle in Erregung geräth. Dieser und anderer Täuschungen, die der Sinnessphäre schon mehr entrückt sind, pflegen wir noch bewusst zu sein. Es giebt aber allgemeine Denkfehler, über welche nicht mehr alle Menschen aufgeklärt werden können. Dazu gehören die die Glücksspiele (Lotterie etc.) begünstigenden Vorurtheile. Nicht nur im alltäglichen Leben finden wir diese typischen Denkfehler, auch in Kunst und Wissenschaft sind dieselben eingedrungen. Im Gebiete der Kunst, welche nicht nach wahr und falsch, sondern nach schön und unschön fragt, bilden dieselben in gewissem Sinne die Grundlage des künstlerischen Schaffens und des künstlerischen Gewissens. Hier handelt es sich immer um das allgemein Zutreffende; das Specielle des vorliegenden Falles bleibt ausser Betracht. Auch der Wissenschaft sind solche typischen Denkfehler nicht fremd, das beweist jenes Sophisma des Zeno von Elea, nach welchem Achilles eine Schildkröte im Laufe nicht einholen kann. Eine Reihe anderer Denkfehler entsteht dadurch, dass die Dinge aus unbewussten inneren Trieben von vornherein in sonderbare, ungewöhnliche Beziehungen gebracht werden; bizarre Vorstellungs-Associationen schaffen ungewöhnliche Gedankenverbindungen. Das sind vielfach die verschrobenen Köpfe, die verkannten Genies der Gegenwart (Flugmaschinen- und Luftschiffe-Erfinder) die voreingenommenen, wissensgeschwollenen und denkschwachen Strassenapostel der Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit, sie laboriren alle in gleichem Maasse an formellen Denkstörungen (v. Krafft-Ebing).

II. Anomalieen der Anschauung.

1. Steigerung der Anschauungsthätigkeit.

§. 55.

Da die Enge des Bewusstseins immer nur einer Vorstellung den Eintritt gestattet, ebenso nur einem Gefühle, so können Sinnesreize, welche während des Vorhandenseins einer Vorstellung ankommen, höchstens später zu Wahrnehmungen führen, indem rasch die vorhandene Vorstellung der neuen weichen muss (Emminghaus). Durch diese fortwährende Ablenkung der Aufmerksamkeit kommt es zur Zerstreuung. Dass Kinder diese „Zerfahrenheit“ des Denkens so häufig zeigen, liegt an den locker mit einander verbundenen Associationsreihen. In pathologischen Breiten hat man es bei solchen Vorgängen mit der Hypermetamorphose Neumann's (cit. von Emminghaus) zu thun. Es kommt infolge der unablässig einstürmenden Sinnesreize zu einer Art Ideenflucht bei sonst freiem Sensorium. „Einseitige Verschärfungen der Apperception von Eindrücken können physiologisch durch Uebung erworben werden. Schwerhörige und Taube lernen vom Munde, Blinde mit dem verfeinerten Tastapparat lesen. Die Uebung wird hier offenbar von dem mächtigen Motor der Gefühle betrieben. Gefühle sind es auch, die manchmal bei Hysterischen und Hypochondern die von Illusionen vollkommen freien Verschärfungen der Anschauungen herbeiführen“ (Emminghaus).

Auch der Wille vermag bis zu einem gewissen Grade in den Vorstellungsverlauf einzugreifen und ihm eine bestimmte Richtung zu geben (willkürliche Aufmerksamkeit).

2. Herabsetzung der Anschauungsthätigkeit.

§. 56.

„Die Verarbeitung sinnlicher Eindrücke zu Wahrnehmungen kann bis zur totalen Aufhebung der Anschauungsvorgänge eingeschränkt sein. Physiologische Eindrücke vermögen schon beim Gesunden mehr oder weniger hochgradige psychische Anästhesie herbeizuführen.“ Wie wir schon im Vorhergehenden von Meynert belehrt worden sind (cf. Einleitung zu Paranoësieen), kann bei angespannter Aufmerksamkeit, bei Affecten die Apperceptions-Thätigkeit für andere Eindrücke der Aussenwelt oder Vorgänge im Innern des Körpers selbst vollständig aufgehoben sein. Die Eindrücke bleiben eben bei dem „partiellen Wachen“ unter der Schwelle des Bewusstseins. Auch die Ermüdung wirkt einschränkend auf das Zustandekommen derselben.

Armuth und Einförmigkeit im Vorstellen beobachtet man bei Zuständen, in welchen der psychische Schmerz ganz das Bewusstsein in Anspruch genommen hat, aber auch bei Schwächezuständen (Dysthymie — Blödsinn).

Eine unvollständige Bildung von Anschauungsvorstellungen kommt bei verschiedenen krankhaften Processen und Zuständen zur Beobachtung. Zunächst sind diejenigen zu nennen, welche die centrale Anästhesie herbeiführen. Im Fieber, beim Alkoholrausch, bei narkotischen Vergiftungen überhaupt blassen die Empfindungen ab; die Vorstellungen, welche aus denselben entstehen, werden lückenhaft, bis sie schliesslich ganz ausbleiben. Wie unter solchen Bedingungen noch andere Vorstellungsprocesse, z. B. Delirien, möglich sind, so bemerkt man auch im Sopor und leichten Koma, z. B. bei Hirnanämie, nervöser Stauung, Urämie etc., neben Einschränkung oder Aufhebung der Wahrnehmung bisweilen lebhaften Ablauf von Phantasievorstellungen (Emminghaus). Auch in der Agonie kommt etwas Aehnliches vor, die Verarbeitung sinnlicher Eindrücke kann erloschen sein, ehe noch Gehirntod ganz eingetreten ist. Im pathologischen Affect (v. Krafft-Ebing) ist die Apperception vermindert, während zugleich lebhafter innerer Vorstellungsablauf im Gange ist.

Bis zur temporären Stagnation der Apperception äusserer Eindrücke kommt es in dem melancholisch-katatonischen Stupor. Dass nichts mehr appercipirt wird, beweist die Erzählung geheilter Katatoniker, dass während ihres Stupors überhaupt kein Gedankenablauf mehr stattgehabt hat, sondern ein vollständiger Stillstand im Denkprocess eingetreten sei. Dasselbe gilt für die ekstatischen Zustände.

III. Störungen in der Ablaufsgeschwindigkeit der Gedankenreihen.

§. 57.

Die Erfahrung lehrt: je länger es dauert, ehe Vorstellungen reproducirt werden, desto mehr verlieren sie von ihren Eigenschaften und treten nur sehr verallgemeinert im Bewusstsein wieder auf (Arndt).

„Das Denken in Bildern ist das niedrigere, das Denken in Worten das höhere. Auf solchem Denken in Bildern beruht, zum grössten Theil wenigstens, eine Anzahl von Künsten und Fertigkeiten: das Kartenspiel, das Damespiel und, sehen wir von den Capacitäten darin ab, auch selbst das Schachspiel. Und so kommt es denn auch, dass wir nicht selten Kranke verhältnissmässig noch recht gut Karten und selbst Schach spielen sehen, bei denen das begriffliche Denken uns dazu keine Berechtigung mehr zu geben scheint“ (Arndt); ich kenne einen Paralytiker,

bei welchem die hochgradigsten intellectuellen, wie motorischen Störungen bestehen, und trotzdem besitzt derselbe noch die Fähigkeit, correct Schach zu spielen.

Infolge der innigen Abhängigkeit der intellectuellen Operationen, Association und Apperception von einander muss die geringste Störung in ihrem Ablauf das Gesammtbild verändern.

1. Verlangsamung des Gedankenablaufs.

§. 58.

Bei Melancholischen und Schwachsinnigen brauchen die einfachen, niederen psychischen Functionen der Wahrnehmung und Willkürbewegung etwas längere Zeit als bei Gesunden, aber auch die höheren intellectuellen Functionen erleiden zeitliche Aenderungen.

Die Verlangsamung des Denkens kann geschehen:

a) Durch directe Hemmung der geistigen Gesammtbewegung, und zwar in heilbarer und unheilbarer Weise; in ersterer Art durch Erschöpfung der Centralorgane (die acute Demenz — katatonischer Stupor), in zweiter durch andauernde Molecular-Veränderung. „Stupor und Demenz sind pathogenetisch charakterisirt durch die ihnen eigene, einseitige Hemmung der Aeusserungen der Psyche, hinter der diese latent und reconstruirbar bleibt.“

Die dauernde Molecular-Veränderung, bei welcher eine Restitutio ad intregrum nicht mehr möglich ist, findet man bei angeborenen und erworbenen Blödsinnsformen (Idiotismus und Cretinismus), einfach secundär als paralytische, epileptische, senile Form von Blödsinn.

b) Durch das Gebundensein infolge depressiver Stimmung (Dysthymie und Katatonie), völlige Trägheit bis zum Stillstand der Gedanken.

2. Beschleunigung des Gedankenablaufs.

§. 59.

Sie ist eine Folge der erleichterten Verknüpfung der Vorstellungen (bei der Manie, wo der Kranke schwindelt, fabelt, deklamirt, singt, vociferirt, alle Modi der Entäusserung für Vorstellungen in Dienst stellt, vom Hundertsten ins Tausendste kommt, wo die Gedanken sich überschlagen und überstürzen).

Dieselbe Beschleunigung der Vorstellungen findet man bei gewissen Formen der Verrücktheit und bei secundärer psychischer Schwäche „mit durch Hallucinationen erwirkter Activität.“ Die logischen Verbindungen sind dabei nicht intact, wie bei der räsonnirenden und hypochondrischen Verrücktheit, oder die überstürzte Folge der Vorstellungen folgt keinem Gesetz mehr, oder aber es reihen sich in überstürzter Hast nur Worte

und Laute ohne Sinn und Zusammenhang, sowohl gewohnte als neugebildete an einander.

Eine erhöhte Production und ein beschleunigter Ablauf der Gedanken kann in mässigeren Graden die geistige Combination erleichtern; man sieht dann zuweilen sonst eben nicht geistreiche Menschen scharfsinniger und witziger werden, namentlich stellt sich zuweilen der gelungene Ausdruck feineren Spottes gegen die Umgebung, leichte Versification u. dgl. ein. Indessen hört man von den Irren nur wenig Kluges. Denn gerade in diesen Zuständen stellt sich gewöhnlich sehr bald Unordnung und Verwirrtheit ein. Wenn nämlich lange Reihen längst vergessener Bilder und Ereignisse, Worte, Lieder u. dgl. mit der Frische der ersten Intuition herandrängen, können die in ihrem Laufe beschleunigten Vorstellungen nicht die gehörigen Verbindungen eingehen und veranlassen zugleich einen steten Wechsel der Gemüthszustände; so entsteht nur höchste Unruhe und eine haltlose Ideenjagd, in deren Strom Alles in bunter Flucht fortgerissen wird.

Die letzteren Zustände kommen hauptsächlich in der Tobsucht vor; bei ihrem Beginne namentlich zeigt sich oft grössere geistige Lebhaftigkeit, und man hat Fälle beobachtet, wo es jedesmal ein sicheres Zeichen des nahenden Tobanfalls war, wenn der Kranke witzig wurde.

IV. Störungen der Association, Zwangsvorstellungen.

§. 60.

Auf Grund von Neurasthenie kommt eine specielle Art krankhafter formaler Denkstörungen besonders häufig vor, nämlich die Zwangsvorstellungen, die nicht nothwendig eine Geistesstörung beweisen, stets aber auf neuropathischer Grundlage sich entwickeln. Sie treten in der Weise auf, dass in den gewöhnlichen Verlauf der Vorstellungen, der nach dem Associationsgesetz vor sich geht, sich unmotivirt eine oder mehrere Vorstellungen einschieben und mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewusstsein haften. Sie unterscheiden sich dadurch von den Wahnideen, dass der Kranke selbst die Widersinnigkeit der Vorstellungen einsieht und sich dagegen energisch protestirend auflehnt, ohne indess damit etwas zu erreichen. Derartige Denkstörungen treten auf als Primordial-Delirien, dann oft genug in Frageform als Grübelsucht. Es giebt vier verschiedene Grade von Zwangsvorstellungen. Der erste Grad ist physiologisch: Ein Wort drängt sich dem Gedanken fortwährend auf, oder im Gegentheil, man sucht anhaltend ein Wort, das stets wieder entschlüpft, oder wir können unangenehme Vorstellungen, die uns mit zäher Hartnäckigkeit verfolgen, oder eine bestimmte Melodie, die plötzlich in uns auftaucht, nicht los werden, sondern bewusst und unbewusst

summen wir dieselbe vor uns hin. Es ist dies von dem Nachklingen einer eben gehörten Melodie wohl zu unterscheiden. Der letztere Vorgang beruht auf einer Reizung des Cortischen Organs (du Bois-Reymond).

Der zweite Grad findet sich bei prädisponirten Individuen und ist schon pathologisch. Es giebt Leute, die kein Messer, keinen Degen, kein offenes Fenster ohne Angstgefühl sehen können, aber sie bekämpfen diese Vorstellung durch ihr Raisonnement. Ein dritter Grad begreift die Zustände von Agoraphobie (cf. §. 35), Claustrophobie, Onomatomanie, Koprolalie, Echolalie in sich. Ein vierter Grad repräsentirt die völlige geistige Erkrankung.

Der gemeinsame Charakter der vier Grade ist der: Die Kranken sind grösstentheils hereditär belastet; sie haben von ihren Zuständen Bewusstsein. Es handelt sich um remittirende, periodische Zustände, welche die Intelligenz nur in weiterem Sinne unter der Form der Angst, des Zweifels, des Zögerns berühren und emotive psychische Erscheinungen herbeiführen. Sie sind nicht von Hallucinationen begleitet; sie stellen cyklische Episoden wie bei den hereditären Zuständen dar. Das Irresein aus Zwangsvorstellungen tritt nach den herrschenden Ansichten folgendermaassen in die Erscheinung:

als 1. reine Willensstörung mit Gemüthsalterationen;
2. eine aus den Zwangsvorstellungen heraus gebildete „Paranoia", resp. „Melancholie".

Meine Ansichten darüber cf. „Parabulie", spec. Theil.

§. 61.

Die Entstehung der Zwangsvorstellungen ist eine spontane, plötzliche, oder sie sind auf Grund eines äusseren Ereignisses, wie durch einen Mord, eine Hinrichtung, eine Feuersbrunst hervorgerufen.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist ein sehr variabler. Als Zweifelsucht beschreibt man diese Form in Fällen, wo der Kranke alles, was er thut und spricht, für falsch oder für eine Verstellung erklärt. Dieser Folie du doute entspricht in der Gefühlssphäre die Berührungsfurcht (Folie du toucher). Oder die Kranken zeigen den Drang, beim Spazierengehen am Wasser Vorübergehende hineinzustürzen, ein daliegendes Messer zu ergreifen und sich mit demselben auf den ersten Besten zu stürzen, im Theater plötzlich Feuer zu rufen; oder die Kranken sind nicht fähig, Metallgegenstände, Nadeln, Kleider zu berühren (v. Krafft-Ebing). Diese Art der Zwangsvorstellungen bezeichnet man mit der Folie du doute avec délire du toucher. Vielleicht gehört auch hierzu die Impotentia psychica coeundi, die Blitz- oder Gewitterfurcht. Nach obigem Autor geben geschlechtliche Excesse, Onanie, geistige Ueberanstrengung in Verbindung mit Gemüthsbewegungen,

erschöpfende Krankheiten, Wochenbetten, langwierige gastrische Störungen, Korpulenz mit Fettherz die Gelegenheitsursache für das Auftreten dieser Zwangsvorstellungen; sie treten nicht selten zum ersten Male in einer Zeit besonderer Erregbarkeit auf, zu der noch schwächende Gemüthsbewegungen hinzukommen. „Die Zwangsvorstellungen können für das psychische Leben von schwerwiegender Bedeutung sein, wenn sie nicht als einfache lästige Erinnerungsbilder, sondern als Befürchtungen und Hoffnungen auftreten und damit die Auffassung thatsächlicher Verhältnisse zu verfälschen drohen. Natürlich tragen diese Vorstellungen nur so lange den Charakter der Zwangsvorstellungen, als das gesunde Urtheil gegen sie ankämpft und sie als Eindringlinge in den normalen Fluss der Ideenverbindung auffasst."

Die bei den Zwangsvorstellungen häufig zur Beobachtung kommende Angst, besonders bei solchen Fällen, die mit Zwangsacten und Willenshemmungen einhergehen, ist wohl nicht, wie einige Autoren meinen, die Grundlage der Zwangsvorstellungen, sondern nach meinem Dafürhalten wird sie erst durch den Zwang und die Hemmungen, welche die Vorstellungen erleiden und das betreffende Individuum zwischen Wille und Ausführung hin- und herwerfen, hervorgerufen, ebenso wie die Gemüthsalteration etwa keine Dysthymie ist (man hört es oft, dass die Zwangsvorstellung von melancholischer Gemüthsstimmung begleitet ist), sondern lediglich ein Unlustgefühl, welches jeden normalen Menschen befällt, wenn er etwas thun soll, was seinem Innersten widerspricht.

Krankhafte Fragesucht, Grübelsucht (Phrenolepsia erotematica — Meschede, Folie du doute — Legrand du Saulle) ist dadurch gekennzeichnet, dass dem Kranken „fortwährend oder mehr anfallsweise Fragen sich aufdrängen, die sich auf so ziemlich alles beziehen, was er wahrnimmt und was ihm einfällt." Diese Fragen werden etwa nicht gestellt, damit der Kranke sich über etwas Aufklärung verschafft, sondern sie werden, ohne dass der Kranke irgendwie über ihre logische Berechtigung nachdenkt, stereotyp gestellt. Es fehlt, wie Emminghaus sich ausdrückt, „jenes intellectuelle Lustgefühl des Nachdenkens" vollständig.

Man hat auch das Vorkommen arithmetischer Zwangsvorstellungen beschrieben als krankhafte Rechensucht (Arithmomanie—Marshall—Emminghaus), welche darin besteht, dass die Kranken anhaltend mit sinnlosem Zählen sich beschäftigen müssen. Ein mir befreundeter College muss beim Eintritt in ein Zimmer z. B. alle Möbel zählen, auf der Strasse die Zahl der Wagen, in Gesellschaften die Anzahl der Personen etc. feststellen.

Hierher gehört das einseitige Vorwiegen gewisser Associationsformen. Eine Art derselben, die in maniakalischen Zuständen besonders

häufig vorkommt, lässt sich als Silbenstecherei (v. Krafft-Ebing) bezeichnen. „Der Kranke spricht dann in Knittelversen, reiht Worte an einander, die keinen logischen Zusammenhang haben, sondern nur durch lautliche Verwandtschaft verknüpft sind, z. B. Wand, Hand, Fuss, Verdruss, Stertz, himmelwärts, Tante, Kante, Nante, Nichten, Fichten. In Zuständen von Blödsinn und Paralyse sind meistentheils die Associationen, die Apperceptionen, die Reihenverbindungen in Vorstellungen verloren gegangen. Die Gedanken schweifen einzeln neben einander umher als disparate Elemente ohne Ziel und Verband, durch den Zufall ebenso leicht verbunden wie getrennt. Auf physiologischem Gebiete begegnen wir einer solchen Form des Gedankenschweifens mit Einschaltung des corrigirenden Bewusstseins in der Incohärenz der Träume.“

V. Combinirte Vorstellungs- und Denkstörungen.[1)]

§. 62.

Das Denken wird aus der Wechselwirkung der Vorstellungen unter einander erklärt. Die Association der Vorstellungen bildet sich immer mehr zum abstracten Denken aus.

In die an den Wahrnehmungsprocess, den man selbst schon als Erkenntnissvorgang bezeichnet hat, sich anschliessenden Gedankengänge flechten sich fast stetig Erinnerungs- und Phantasiebilder ein, an denen die abstracten Begriffe „denkend veranschaulicht“ werden. Erziehung und Unterricht bringen es so weit, dass die Wechselwirkungen der Vorstellungen, das Denken, wenigstens bis zu einem gewissen Grade spielend und dabei gesetzmässig genau von Statten gehen.

Im Allgemeinen erweckt jeder Wechsel der Vorstellungen Lust, welche desto höher anwächst, je leichter sich die Associationen schliessen; daher wird mit der Zunahme der Kenntnisse die Lust am Denken grösser, indem fast jede Vorstellung leicht verwandte Ideen trifft. Durch Wiederholung derselben Vorstellung entstehen Unlust, Langeweile und Ermüdung. Dann aber kommt es vielleicht einmal zu einem normalen Ausgleichungsvorgange, zu der Association durch den Contrast. Auf den Inhalt der contrastirenden Vorstellung kommt es zunächst nicht an, nur der Wechsel an sich erzeugt die Lust. Auch die monotone Lust bewirkt, sofern sie nicht sehr intensiv ist, gleich dem mässigen Wahn die Disposition zur Contrastverknüpfung. So treten bei trüber Stimmung plötzlich heitere Bilder, Einfälle (Galgenhumor) auf, und mitten in guter Laune werden wir bisweilen sentimental.

Es liegt in der Natur der Sache, dass es nur eine Art von Störung

[1)] Emminghaus p. 178 §. 89.

des Vorstellungsverlaufes geben kann. Wenn einzelne Vorstellungsreihen übermässig leicht von anderen, nur sehr fern verwandten associirt werden, dann besteht ebenso ein Nachlass in der Selbststeuerung der Vorstellungsapparate, als wenn gewohnte und geläufige Verknüpfungen zwischen den Vorstellungen sich nicht leicht oder gar nicht schliessen, und selbst ein starker Anstoss nur kümmerliche associative Effecte erzielt. Völlig aufgehört hat aber die Selbstregulirung der Association der Vorstellungen, sobald eine Vorstellung alle möglichen anderen, auch die allerentferntesten herbeiruft, oder wenn sie andererseits immer sich selber reproducirt, d. h. stehend wird. Ob es wirklich möglich sei, dass schliesslich ein völliges Aufhören des Vorstellens für längere Zeit eintreten könne, wissen wir nicht.

I. Wahnideen.

§. 63.

Als Wahnidee bezeichnet man jede Aeusserung, deren äussere, objective Grundlage für eine zweite Person nicht erkennbar ist, aber für das damit behaftete Individuum thatsächlich besteht. Dadurch unterscheidet sich die Wahnidee von der bewussten Lüge. Sie unterscheidet sich hierdurch auch von der Zwangsvorstellung, welche bei ungeschwächtem, peinigendem Fortbestehen ebenso wie die sie begleitenden Sinnestäuschungen richtig vom Leidenden beurtheilt wird. Es ist demnach für den Irrenarzt die Kenntniss der Lebensumstände des Individuums, sowie die Verknüpfung und Begründung der vorgebrachten Vorstellung wichtig (Salgó).

Zur psychischen Krankheit gehört nicht nothwendig das Vorhandensein von Wahnvorstellungen. Krankhafte Stimmungen und Affecte, Abstumpfung des Gemüths, Nachlass der geistigen Kräfte können als acute und chronische psychische Krankheitszustände bestehen ohne wirkliche Wahnvorstellungen. Aber mit dem Auftreten eigentlicher Wahnvorstellungen, falscher Urtheile, die nicht mehr berichtigt werden können, wirklicher Delirien, wird das psychische Leiden, das Anfangs nur ein Irresein in Gefühlen und Affecten war, auch zum Irresein der Intelligenz. Der Druck der krankhaften Verstimmung führt bald zu unrichtiger Auffassung und Deutung objectiver Verhältnisse, doch nur zuerst solcher, welche sich auf den Kranken selbst oder seine nächste Umgebung beziehen. Der falsche d. h. mit der Aussenwelt und den früheren Erlebnissen des Individuums nicht mehr congruente Inhalt der Gedanken ergiebt sich Anfangs ganz gewöhnlich auf die Weise, dass der Kranke, nach dem Causalitätsgesetze, seine Stimmungen und krankhaften Affecte sich zu erklären sucht. Die verschiedensten äusseren Anlässe und alle möglichen Erinnerungen seines eigenen Lebens können das Material

dieser Erklärungsversuche abgeben, und der Zufall, die Bildungsstufe und die Lebensansichten des Individuums haben hier den grössten Einfluss. Dieselbe Stimmung, die z. B. in dem Abergläubischen den Wahn der Verhexung erregt, kann einem Andern die Idee der Verfolgung durch Freimaurer, einer Beeinträchtigung durch geheime magnetische Manipulationen u. dgl. an die Hand geben.

Die falschen Vorstellungen und Schlüsse, die zu Erklärungsversuchen, zur Rechtfertigung der einmal vorhandenen Stimmung und ihrer Wirkungen werden, entwickeln sich ganz von selbst nach dem Causalitätsgesetze in der kranken Seele; es braucht von Seiten des Individuums keines Besinnens, noch der langweiligen Form des Syllogismus. Anfangs sind sie noch schwebend; das Ich appercipirt sie, es kann vor ihnen erschrecken, in ihnen selbst lästige Thorheiten sehen und mit ihnen kämpfen; allmählich aber, bei steter Wiederholung gewinnen sie immer mehr Gestalt, drängen die entgegenstehenden Vorstellungen zurück und knüpfen Verbindungen mit den verwandten Vorstellungsmassen des Ich an; dann sind sie zu dessen Bestandtheilen geworden, und der Kranke kann sich ihrer nicht, oder nur etwa durch einen Wechsel mit anderen, ähnlichen falschen Vorstellungen entschlagen. Die förderlichen und heiteren Wahnideen werden nach kürzerem Widerstande leichter und vollständiger in das Ich aufgenommen, und es entsteht dann zuweilen ein halb bewusstes Hineinphantasiren in eine Welt glücklicher Träume. Von ganz besonderem Einflusse sowohl auf die Bildung als auf den Inhalt der Wahnideen sind alle Hallucinationen; sie sind sehr häufig und bieten ein lebhaft aufgedrungenes und constantes Material für Erklärungen dar (z. B. ein Gesichtshallucinant, der feurige Erscheinungen hat, glaubt sich in der Hölle; ein Geruchshallucinant glaubt sich überall von Leichen, deren Ausdünstungen er zu riechen glaubt, umgeben etc.).

Nicht alle falschen Ideen haben indessen die Bedeutung der Erklärungsversuche; viele entstehen mit der Abruptheit jener sonderbaren bizarren Gedanken, die sich selbst dem Gesunden mitten in den Kreis seiner ernstesten Beschäftigungen eindrängen können, oft entstehen sie bloss aus Sinnesphantasmen, aus Träumen, aus äusseren Zufälligkeiten; ob sie haften, hängt von der jeweiligen Stimmung des Kranken und davon ab, ob sie in den vorhandenen Vorstellungen mehr oder weniger Material zu Verbindungen antreffen. Man wird bei gehöriger Aufmerksamkeit häufig finden, dass manche solche Wahnideen bei den Geisteskranken mit Hallucinationen im Zusammenhange stehen, die nur nicht offen zu Tage liegen.

In den ersten Zeiten des Irreseins, wo die Gemüthsaffection noch die Hauptsache ist, spinnen sich allerlei sonderbare Vorstellungen dem Kranken in seine gewohnten Gedankenkreise ein, er kann sie nicht loswerden und nicht assimiliren. Anfangs

schwebend und wechselnd gewinnen sie allmählich Körper, und immer mehr wurzeln damit einzelne bevorzugte Wahnvorstellungen fest, das ganze übrige Seelenleben gruppirt sich um sie und wird in ihrem Sinne umgebildet, d. h. der Wahn wird systematisirt. Auch dies ist noch eine geistig thätige Periode, die Transformation des ganzen Innern geht noch zum Theil unter ganz activer Betheiligung des Ich, unter räsonnirender Ausarbeitung vor sich. Erst wenn auch diese Processe, immer langsam, sich durch und durch vollzogen, kommt die ganz stationäre Periode, wo die Wahnvorstellungen vollkommen gefestigt, lediglich als Residuen früher activer Processe bestehen. Von „fixen" Ideen sollte nur da gesprochen werden, wo sich die falschen Urtheile vollständig und bleibend fixirt haben, nämlich bei den secundär Verrückten. In der Dysthymie und in den Erregungszuständen wechseln sie sehr häufig.

Alle falschen Urtheile der Geisteskranken zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich auf das Subject selbst beziehen, oder wenigstens aus falschen, auf das Subject bezüglichen Ideen sich herausgebildet haben. Ein Geisteskranker kann z. B. alle Juden für verdammt halten, aber nur, weil er sich von ihnen beeinträchtigt glaubt, oder weil er ihnen diese Strafe dictirt hat, er kann an die Existenz einer Brücke von der Erde zum Monde glauben, aber nur, weil er darauf wandeln will oder weil er mit deren Construction einen Beweis seiner Schöpferkraft gegeben hat etc. Fast alle fixen Ideen sind in ihren letzten Anfängen Ausdrücke innerer Beeinträchtigung oder einer Befriedigung der eigenen Gemüthsinteressen; deshalb führt ihre isolirte Betrachtung, als ob sie die Hauptsache beim Irresein wären, immer zu einer einseitigen und beschränkten Auffassung und ihr Verständniss, wie ihre ärztliche Bekämpfung kann sich im einzelnen Falle nur auf die Einsicht in die sie erzeugenden psychischen Zustände stützen.

Von den irrigen Ansichten der Gesunden unterscheiden sich die Wahnvorstellungen der Geisteskranken nicht nur durch das genannte Moment ihres Bezugs auf das kranke Subject selbst, sondern noch durch viele andere, wesentliche Punkte. Sie hängen immer mit einer Störung der Gesammtheit der psychischen Processe (Affecten, Verwirrtheit etc.) zusammen, sei es, dass sie aus einer solchen hervorgingen (gewöhnlich in den Anfangsstadien), oder dass sie solche erst nach sich ziehen; sie stehen häufig ganz im Widerspruche mit den früheren Ansichten des Individuums selbst, sie können von diesem nicht nach Willkür abgelegt werden, sondern widerstehen „gegen das Zeugniss der Sinne und des Verstandes" der Berichtigung und Belehrung, stehen also in einem ganz anderen Verhältniss zu Gemüth und Willen; sie beruhen auf einer Gehirnstörung, die sich sehr oft noch in anderen krankhaften Nervensymptomen (Störung des Schlafes, Hallucinationen, paralytischen Erscheinungen etc.) äussert. Man sieht hieraus leicht, wie seicht und grundfalsch es ist, die Irrthümer, „den Wahn" ganzer Zeitalter (z. B. den Glauben an Hexen, Zauberer u. dgl.) psychischen Krankheiten zu parallelisiren.

Auf den speciellen Inhalt des Deliriums hat noch ein Umstand vielen Einfluss, auf den man bisher wenig geachtet hat. Oft nämlich wird dieser Inhalt vorzugsweise von den letzten Vorstellungsreihen bestimmt, welche den Kranken unmittelbar vor dem Ausbruch des Irreseins lebhaft beschäftigten. Werden diese dann von dem Kranken immer wiederholt, so glaubt man öfters sehr mit Unrecht, sie seien es, die den Kranken irre gemacht haben, während sie in der That ganz oder ziemlich zufällig sein können.

Im Jahre 1848, wo alle Welt politisirte, glaubte man von einer Menge Kranker, die Politik habe sie irre gemacht. Flemming (Psychosen S. 158) führt zwei Beispiele

an, wo die Kranken kurz vor dem Ausbruch des Irreseins Jagden beigewohnt hatten, und die Delirien sich nun lange im Gebiete der Jagdabenteuer bewegten; ein Anderer hatte eben zuvor eine Reise in den Himalaja gelesen und dies bildete den Mittelpunkt der Delirien. Wir sehen dasselbe bei acuten Delirien. In einem Falle war die letzte gesunde Beschäftigung eines an Typhus Erkrankten die Lectüre der Zeitungen über den damaligen Krimkrieg, und das Delirium des Typhus drehte sich Wochen lang um nichts Anderes, als die Bilder dieser Ereignisse.

§. 64.

Ob der Kranke nur einzelne wenige oder ob er sehr viele falsche Urtheile preisgiebt, ob sein Delirium nur ein partielles oder ein allgemeines ist, kann einigen diagnostischen Werth haben, da der erstere Fall häufiger bei Schwermüthigen und Verrückten, der letztere bei Maniacis vorkommt. Allein eine Scheidung der Formen nach der Partialität oder Allgemeinheit des Deliriums vornehmen zu wollen ist irrig. Vor Allem wäre es grundfalsch, an die Existenz irrer Zustände zu glauben, bei denen der Kranke nur eine einzige beschränkte fixe Idee haben, in allen übrigen Beziehungen aber völlig geistesgesund sein soll. Wir werden unten sehen, dass auch in der Form des Irreseins, wo noch am ehesten dieser Anschein entstehen könnte, nämlich der secundären Verrücktheit, immer eine tiefe innere Zerrüttung der psychischen Individualität vorhanden ist. Sodann besteht die Partialität des Wahns gewöhnlich nicht darin, dass der Kranke nur eine fixe Idee hat, sondern vielmehr darin, dass er eine solche vorzugsweise immer wiederholt äussert. Endlich sind diese Verhältnisse sehr unbeständig. Derselbe Kranke in derselben Form des Irreseins kann nicht nur von einem Tage zum andern seine Wahnideen wechseln, er kann auch heute in sehr vielen Beziehungen falsche Urtheile abgeben, während er gestern noch nur in einer gewohnten Lieblingsvorstellung delirirte.

§. 65.

Auch in den Wahnideen sind besonders zwei grosse Gruppen dem Inhalte nach unterscheidbar: depressive und exaltirte, düstere, traurige und schmerzliche Einbildungen und wieder glückliche, erhabene, glänzende, falsche Conceptionen. „Diese gehen aus den expansiven Affecten und aus heiteren, Glück verkündenden Hallucinationen, jene aus den deprimirenden Gemüthszuständen und finsteren, Unheil bringenden Hallucinationen, z. B. Schimpf- und Spottreden, die der Kranke immer hört, Teufelsfratzen, die er sieht, u. dgl. hervor.“

Diese inhaltlich ganz verschiedenen Wahnideen wechseln häufig mit einander ab und finden sich auch in zahlreichen Fällen combinirt vor.

Die wechselnden Wahnideen stellen sich im Allgemeinen als eine mehr äusserliche Functionsstörung im Bereiche des Intellectes dar. Eine der wichtigsten Störungen, welche der Entwicklung von Wahnideen zu Grunde liegt, ist der Mangel an Kritik. — Für manche Formen des Irreseins, namentlich wo die Combinationsfähigkeit erhöht ist, ist der Mangel der Krankheitseinsicht pathognomonisch. Die Kranken sind unfähig zu scharfer und durchgreifender kritischer Berichtigung der neuen Vorstellungen an der Hand der früher gewonnenen Erfahrung. Dies ist der Grund, weshalb die Ausbildung eines Wahnsystems stets auf eine tiefe Erkrankung der gesammten psychischen Persönlichkeit hindeutet.

a) Zu den depressiven gehört der hypochondrische Wahn 1. der körperlichen Beeinflussung und 2. der Metamorphose (Kraepelin), bei welcher die Veränderung und Verschlechterung des ganzen Körpers feindlichen Einwirkungen zugeschrieben wird (Behextwerden, Besessensein). „Die Idee der Metamorphose findet noch eine weitere Entwicklung in dem culturhistorisch wichtigen Wahne der Thierveränderung, des Abgestorbenseins etc.“

Die Beobachtung der von Wahnideen Heimgesuchten hat ergeben, dass der Verfolgungswahn der bei weitem häufigste ist. Bei der Paranoïa wird er hauptsächlich durch Sinnestäuschungen (Hallucinationen), vor allem durch die des Gehörs hervorgerufen und unterhalten, aber auch durch auf das Ich bezogene, zufällig hingeworfene Redensarten oder beobachtete Geberden etc. der Umgebung. Zu den depressiven Wahnideen gehört noch der Versündigungswahn: Der wahnhafte Glaube, irgend etwas Unrechtes begangen zu haben und nun dafür büssen zu müssen.

b) Bei den exaltirten Wahnideen dreht es sich meistentheils um den eigenen „Ichverband“. „Die Euphorie der Schwindsüchtigen und die Selbsttäuschungen Betrunkener sind psychologische Beispiele für jene Störungen des Selbstbewusstseins, in denen das Gefühl grosser Leistungsfähigkeit in krassem Widerspruch mit dem wirklichen Verhalten des Kranken steht“ (Kraepelin). Den Inhalt exaltirter Wahnideen bilden häufig Täuschungen über die sociale Stellung: Der Kranke ist Heiliger, Christus, Gott, heilige Dreieinigkeit, Kaiser von Russland, Oberkaiser und pract. Arzt (der Kranke war letzteres in der That) in einer Gestalt.

§. 66.

Der Grössenwahn (Manie des Grandeurs, Makromanie). Im Verlauf der stetigen Entwicklung einer jeden Seelenstörung tritt ein Moment ein, wo der Grössenwahn durchbricht, um ein hervorstechendes

Symptom der Krankheit zu bilden. Schüle hält den Grössenwahn für eine klinische Weiterentwicklung des Verfolgungswahns: „Die gefühlte Beeinträchtigung setzt sich in ein Gefühl der Erweiterung, die Wahnvorstellung der Unterdrückung in Grössenwahn um.“ Selbst die Wahl der Form, die Gedanken zu Papier zu bringen, ist für den an Grössenwahn Leidenden eigenthümlich. Er wählt gern die poetische Diction, wenn sie auch zu dem Inhalt schlecht passt. Der Grössenwahn findet ferner oft Ausdruck in der Art, sich zu kleiden (affectirt, auffällig), in dem stolzen Gange, in dem Wegwerfenden der ganzen Haltung, in dem altklugen, verschlossenen, nur scheinbar gefügigen Gesicht, in dem väterlich beschützenden Zuge unter der Maske einer erheuchelten Bonhommie, unter der Attitüde psychischer Ueberlegenheit; ferner nur zu unverkennbar in dem kurzen abgebrochenen Satzbau, in der befehlerischen, anmaassenden Stimme. Zu nützlicher Arbeit sind Grössenwahn-Kranke schwer zu bringen, die Hauptbeschäftigung derselben besteht im stolzen Dolce far niente, in einem vornehmen Sichgehenlassen, wenn nicht einer oder der Andere es vorzieht, ein grosses Publicum um sich zu versammeln und für seine welterschütternden und beglückenden Ideen Propaganda zu machen, letzteres bald mehr in philosophischer, belehrender, bald mehr in marktschreierischer Weise. Bei anderen Kranken zeigt sich der Grössenwahn darin, dass sie sich total über ihre Vermögenslage täuschen. Sie glauben über grosse Summen verfügen zu können, sie zeigen oft eine lächerliche Generosität und theilen von ihren vermeintlichen Reichthümern gern mit.

Der reine Ueberschätzungswahn ohne Verfolgungswahn kommt nur in manchen geistigen Schwächezuständen z. B. der classischen Paralyse vor, bei der classischen Paranoia aber niemals. Das Verhältniss der Ueberschätzungsideen zur Paranoia ist ein sehr verschiedenartiges: Nach Snell (cit.) fehlen in dem einen Falle die Ueberschätzungsideen dauernd gänzlich; in anderen Fällen treten sie von Anfang an zugleich mit den Verfolgungsideen auf; dann wieder zeigen sie sich vom Anfang der Krankheit zugleich mit den Verfolgungsideen, treten aber für einige Zeit (Monate, Jahre lang) zurück, um später, meistens in verstärktem Grade sich geltend machen. Das gewöhnliche Verhältniss ist das, dass die Ueberschätzungsideen nach kürzerer oder längerer Zeit zu den Verfolgungsideen hinzutreten, um dauernd mit denselben verbunden zu bleiben. Es ist offenbar ein Krankheitsstamm, aus welchem Ueberschätzungs- und Verfolgungsideen entspringen. Die Art und Weise, wie diese Kranken ihre eingebildeten Verfolgungen auffassen, ist wesentlich von der des Melancholikers unterschieden.

2. Verwirrtheit.

a) Paralepsie. Asthenische Verwirrtheit (Amentia) — Meynert; Incohärenz — Salgó. b) Perturbation — Kahlbaum. Irritative Verwirrtheit.

§. 67.

Unter Paralepsie[1]) verstehe ich die Unfähigkeit, die Eindrücke der Aussenwelt aufzufassen, logisch zu ordnen, demzufolge zu verwerthen, im Gegensatz zu der von Kahlbaum eingeführten „Perturbation" der Zustandsform seiner Vesania typica (Paraphrenia alternans s. complexa). Während die Paralepsie die Unfähigkeit, die Eindrücke der Aussenwelt auf Grund einer Auffassungsschwäche zu appercipiren bezeichnen soll, will ich unter Perturbation alle jene Zustände verstanden wissen, in welchen das Individuum wegen seiner Erregtheit und wegen der fortwährend auf seinen Vorstellungsmechanismus einwirkenden Eindrücke der Aussenwelt nicht im Stande ist, diese Eindrücke zu reguliren, d. h. sie in das richtige Intensitätsverhältniss zu einander zu bringen (folglich ist Paralepsie eine Ausfallserscheinung, während Perturbation ein Reizsymptom ist). Das klinische Bild, welches ein paraleptischer Kranker liefert, ist folgendes: Der Kranke befindet sich in einer rathlosen Unorientirtheit, ist demzufolge unruhig, hat unbestimmte Befürchtungen, spricht sehr viel und verliert dabei oft den Zusammenhang. Er kann seine Wahrnehmungen nicht weiter verarbeiten, weiss nicht mehr, wo er sich befindet, seine ängstliche Rathlosigkeit spiegelt ihm in Allem, was er sieht, geheimnissvolle Beziehungen zu seinem eigenen Wohl und Wehe vor. Daher gewinnt der harmloseste Vorgang für ihn den Charakter des Räthselhaften, Unverständlichen und darum Unheimlichen (Meynert).

Diesen Zustand, bei dem die Kranken durch „die fremden Gesichter" in Unruhe versetzt werden und die einfachsten Vorgänge nicht associiren können, hat man mit der Seelenblindheit oder Worttaubheit verglichen. Dabei ist die Aufmerksamkeit des Kranken lebhaft erregt, Personenverwechslungen kommen regelmässig vor. Die fremden Menschen der Umgebung sind Bekannte oder von übermenschlicher Grösse. Sonst spielen Sinnestäuschungen keine besondere Rolle, auch Wahnvorstellungen haften nicht tief, sondern verlieren sich meist wieder.

Eine merkliche Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden, aber der Kranke hat doch ein allgemeines Bewusstsein seines Zustandes (man macht ihn ganz irre), die Stimmung ist wechselnd. Der Patient ringt mit einer gewissen Energie nach Aufklärung über seine Situation, kümmert

---

[1]) Ich habe das Wort „Paralepsie" gewählt, weil der Schwerpunkt der asthenischen Verwirrtheit in dem „falschen Auffassen — παραλαμβάνειν" liegt.

sich um alles, verliert aber meist dabei den Faden seiner Auseinandersetzung; er zeigt Unfähigkeit zu anhaltender Beschäftigung; die Briefe des Kranken bekunden die Unfähigkeit zur Sammlung der Gedanken, in den Wiederholungen zeigt sich mangelhafte Satzbildung und Inhaltslosigkeit. Die Aufmerksamkeit ist durch die sich in den Vorstellungskreis eindrängenden Sinneseindrücke und durch die Unfähigkeit sie zu ordnen, erheblich gestört.

Man unterscheidet zwei Verlaufsformen. Entweder besteht ein gleichmässiger Zustand mittlerer Erregung oder die sonst im allgemeinen ruhigen Kranken verfallen plötzlich in einen hochgradigen Erregungszustand mit tieferer Bewusstseinsstörung. In beiden Formen besteht complette Gedanken-Incohärenz, die zur „pseud-aphasischen Verwirrtheit“ (Meynert) und „Paraphrasia vesana“ (Kussmaul) führt. Bei diesem Zustand, in welchem der Kranke neue unverständliche Worte bildet, z. B. sprach ein Kranker von seinem „Vorstellungs-Appetitschränkchen“ (Meynert), hat man es wahrscheinlich mit unvollständig appercipirten oder falsch verstandenen Gehörshallucinationen zu thun, welche die Kranken in der verstümmelten oder falsch verstandenen Form wiedergeben, in welcher sie ihnen zum Bewusstsein gelangt sind.

Bei der Paralepsie (Amentia — Meynert) geht schliesslich der grammatische und synthetische Zusammenhang der vorgebrachten Aeusserungen verloren.

Die Verwirrtheit kommt nach Meynert vorübergehend oder bleibend in verschiedenen Krankheitsbildern vor. Man unterscheidet zwischen einer: 1) primären, vorübergehenden irritativen Perturbation und 2) einer secundären bleibenden Paralepsie (Amentia). Die primäre vorübergehende tritt in acuter Weise auf, kann eine Zeit lang das vorherrschende Symptom der bestehenden Geistesstörung bilden und nach längerer oder kürzerer Zeit wieder verschwinden. Die secundäre oder bleibende Paralepsie tritt erst nach langem Bestande anderer psychischer Störungen auf, ist ein Zeichen vorgeschrittenen geistigen Verfalles und schwindet nicht wieder.

Der cerebrale Grund für die primäre Verwirrtheit (Perturbation) liegt im Reizungszustand der Gehirnrinde (Meynert). Es verbindet sich damit constant eine grosse motorische Unruhe; der Zusammenhanglosigkeit der psychischen Aeusserungen entspricht die Ungeordnetheit der Bewegungen. Die Incohärenz der Rede ist nichts anderes, als der dem allgemeinen Bewegungsdrange entsprechende Umsatz der intracerebralen Vorgänge in die motorische Form der Sprache. Dem entsprechend beobachtet man mit der Perturbation zugleich sprudelndes, rasches, möglichst lautes, schreiendes und endloses Sprechen, sogenannte Ideenflucht,

ein pathologisch erleichterter und beschleunigter Ablauf der corticalen Vorgänge.

Die secundäre Verwirrtheit (Paralepsie, Amentia) tritt erst nach Ablauf voraufgegangener protrahirter Erscheinungen hochgradiger Erregung auf, oder beim Uebergange der Erregung in einen terminalen Zustand psychischen Verfalls, dessen Merkzeichen die Paralepsie selbst ist. Es bleibt nicht einmal mehr die verbindende Kraft der formalen Anordnung der Worte, sondern die Trümmer einstiger psychischer Leistung werden in sinnlosem, monotonen Geschwätz in chaotischer Unordnung durch einander geworfen. Die Unvollständigkeit wird noch durch gänzlich neu gebildete, vollkommen sinnlose Worte erhöht. Es ist dies eine Abart der Kahlbaum'schen Verbigeration, eines Symptoms der Katatonie (vgl. Sprachstörungen §. 135, 2).

Vorübergehend oder bleibend kann auch wirkliche Aphasie eintreten; dieselbe wird hervorgerufen durch embolische, thrombotische oder encephalomalacische Affectionen der unteren Stirnwindungen und angrenzenden Theile. Die Krankheit besteht darin, dass die Kranken nicht die gebräuchlichen Worte für ihnen ganz bekannte Dinge finden, sie sagen z. B. für Uhr silbernes Gold oder „Bautz-Bautz"; zum Sitzen laden sie durch „Cochon animal" ein etc. (Meynert).

Die Kranken ergehen sich in Aneignungen ohne Urtheil, Gewaltthätigkeiten ohne Anlass; bald äussern sie flüchtige Furcht, bald flüchtigen Dünkel, ja Tage und Wochen lang sind ihre Aeusserungen sinnlose Assonanzen, blosse Wortaufzählungen. Bei dem katatonischen Stupor tritt an Stelle der Reden barocke, oft sehr einförmige Mimik, sinnlose Körperstellungen und Ortsbewegungen. Zittern, Schwindel, Convulsionen begleiten die Krankheit. Die Form der Verwirrtheit, ob auf irritativer oder dementer Basis, steigt von den einförmigen Reizsymptomen des Delirium acutum bis zu einem bunten Bilde aller möglichen Reizsymptome, von nur angstvoll erregten Bildern bis zur hallucinatorischen Verwirrtheit; endlich treffen wir die Verwirrtheit auch in dem Bilde mehr oder weniger reiner Hemmungszustände der Katatonie wieder.

Die Verwirrtheit macht sich im Entwicklungsstadium, in dem prodromalen Verlaufe oder durch die ganze Dauer einer Krankheit geltend. Das allgemein kennzeichnende Symptom der Paralepsie liegt nicht innerhalb der Reizsymptome, sondern stellt sich als psychisches Ausfallsymptom dar (Meynert). Wenn Wahrnehmung, Benennung und Ausdruck sich nicht mehr decken, ist der Associationsmechanismus tief gestört. Mit Mangel des Bewusstseins ist die Verwirrtheit nicht zu verwechseln; der Verwirrte hat die Wahrnehmung, aber er versteht sie nicht.

Dem Unterschiede zwischen Verwirrtheit und Betäubung, Herabgesetztsein oder Fehlen der Wahrnehmungen, kann man nach Meynert einen anatomischen Ausdruck geben. Bei der Verwirrtheit ist die Leistung der Associationsbündel ungemein herabgesetzt, nicht aber die der Projectionsbündel, welche Wahrnehmungen zuleiten. Bei der Betäubung scheinen auch die Projectionsbündel mindestens schlecht zu leiten. Hallucinationen brauchen die Verwirrtheit keineswegs zu begleiten; weit inniger hängt mit der reinen Associationsstörung der Verwirrtheit die Illusion zusammen.

Die wesentlichen Kennzeichen der Paralepsie sind also zunächst der Verfall der Associations-Anordnung und darnach die Illusion, die unbegrenzte Selbsteinredung.

Als periodische Verwirrtheit bei der periodischen Manie tritt die Perturbation nicht nur in einer kürzeren Dauer, sondern auch mit grosser Intensität und einer besonderen Betheiligung körperlicher Symptome auf: Hypochondrisches Unbehagen, Kopfdruck, Hyperästhesieen der Sinne, Neuralgieen des Quintus (häufig der supraorbitalen Aeste), Intercostalneuralgieen, vage Schmerzen im Magen, Angst mit Lebensüberdruss, Klopfen der Carotiden des Gesichts und Ohrenröthung, vermehrte Secretion von Schweiss, Speichel, Harn. Je kürzer die einzelnen Anfälle sind, desto intensiver treten die körperlichen Erscheinungen auf; der Puls ist sehr frequent, die Temperatur steigt bis 39° C., die Respiration ist stark beschleunigt. Der Puls kann auch unter die Norm sinken. Die Pupillen sind anfangs erweitert. Alle diese genannten Symptome sind bedingt in weiterem Sinne durch Reizung des Bulbus Rhachiticus der Oblongata. Aus der Betheiligung der lebenswichtigen Centren geht der zeitweilige tödtliche Ausgang acuter, nicht periodischer Formen der Perturbation hervor. Diese acute Form nennt man Delirium acutum (Meynert).

3. Die psychische Schwäche, Demenz.

§. 68.

Die Demenz ist eine Ausfalls-Erscheinung, sie besteht in der Unfähigkeit, Gedanken und Handlungen in Uebereinstimmung zu bringen.[1]) Das Leben der Dementen ist eine Kette unmotivirter, unter einander unzusammenhängender Handlungen. Entweder fehlt den Handlungen das Ziel oder der ausreichende Grund.

Auf Grund der herabgesetzten Geistesthätigkeit haben Sinneswahrnehmungen im Grossen überwältigende Kraft. Da den Individuen die Fähigkeit der schnellen logischen Verknüpfung der Thatsachen ab-

[1]) Cf. Salgó, Weiss' Compendium. Wien 1889.

geht, so können sie sich auch nicht zurechtfinden, wenn auf sie plötzlich etwas Neues einwirkt. Der demente Gedankengang wird von dem jederzeitigen Erlebniss, von der augenblicklichen Thatsache vollständig beherrscht; „ohne jede weitere Prüfung wird sie aufgenommen, so absurd sie auch erscheinen mag.“ Auf den Reiz giebt es nur eine Antwort und das ist Umsetzung in Bewegung, ein überdenkendes Urtheil der Handlungsweise findet nicht statt.

Unter Heilung mit Defect versteht man jene geringen Grade des Schwachsinns, welche nach vollständigem Ablauf einer Geistesstörung zurückbleiben. Man kann derartige Zustände sehr gut bei Paralytikern auf syphilitischer Basis beobachten, bei denen noch rechtzeitig die antisyphilitische Cur angewendet wurde und deshalb auch genützt hat. Während der Demente für das Leben in der Aussenwelt verloren ist, kehrt der mit Defect Geheilte zu seiner früheren Beschäftigung zurück; seine ethischen Anschauungen sind etwas lockerer geworden; sein äusseres Benehmen zeigt einige Mängel in der gesellschaftlichen Form, er ist etwas vorlaut, drängt sich gern auf, hat das feinere Tactgefühl verloren, sonst ist vielleicht nichts an ihm bemerkbar, was auf seine frühere Krankheit deutet.

„Die psychische Schwäche begleitet entweder eine Psychose als Theilerscheinung, oder sie bildet als Totalzustand die erklärende Grundlage für eine Reihe der mannigfaltigsten Erscheinungen.“ Bei der Betrachtung der Symptome einer Psychose ist zu erwägen, ob die Demenz zu einer bestehenden psychischen Störung hinzutritt, oder ob umgekehrt eine veranlagte, an sich belanglose geistige Debilität durch Entwicklung einer Alienation zu psychiatrischer Bedeutung erhoben wird, oder ob es sich um einen frisch erworbenen Zustand von psychischer Schwäche handelt.

Entwickelt sich auf dem Boden einer Demenz eine Psychose, so ist letztere durch das Moriaartige charakterisirt, was dem ganzen Bilde die äussere Färbung verleiht (Hebephrenie).

Als consecutives Symptom schliesst die Demenz den wechselvollen Verlauf der Paraphremia alternans s. complexa ab. Mit dem Eintritt des geistigen Verfalles tritt Gleichmässigkeit und Unveränderlichkeit des Verhaltens an die Stelle früherer variabler Symptome. Dieser terminale Schwachsinn äussert sich in zwei Formen, entweder in starrer Ruhe, ohne Theilnahme für die Vorgänge der Umgebung, als apathischer Blödsinn, oder als Erregungszustand bei totaler Unorientirtheit, als agitirter Blödsinn. Beide stellen einen „Stabilitäts-Zustand“ dar, welcher durch keinen Zuwachs neuer Erscheinungen unterbrochen wird. Der Mangel der motorischen Lebendigkeit und der typische Verlauf sind als Charakteristicum von Wichtigkeit.

Die Prognose der Demenz als Begleitsymptom und als Zeichen des Fortschrittes einer Psychose ist immer eine ernste. Der postepileptische, vorübergehende Zustand der Demenz und die das paralytische Irresein charakterisirende psychische Schwäche sind stets von schlimmer Bedeutung. Man wird den Eintritt der psychischen Schwäche in den Verlauf einer complicirten Psychose immer erst dann diagnosticiren, wenn die krankhaften Aeusserungen an lebendigem Wechsel verlieren, und ihre Armuth auf eine Herabminderung der cerebralen Leistung hinweist. Das durch einige Zeit stagnirende und stereotyp bleibende Krankheitsbild ist ein sicheres Zeichen beginnenden Verfalles. Ist der Kranke einmal so weit gekommen, dass er nicht mehr im Stande ist, sich irgend wie zu orientiren, dann besteht kein Zweifel an dem Bestande eines irreparablen psychischen Defects.

VI. Die Störungen des Bewusstseins.[1])

1. Psychische Dämmerzustände.

§. 69.

Darunter versteht man Zustände, in welchen alles geistige Leben unter der Schwelle des Bewusstseins bleibt. Eine völlige Klarheit des Vorstellungslebens kommt nicht zu Stande. Raum, Zeit, die eigene Persönlichkeit bleibt in dämmerhaftem Nebel für den Träger dieser Zustände eingehüllt; was um ihn herum vorgeht, wird nicht scharf aufgefasst, infolge dessen ist die Erinnerung auch eine summarische, lückenhafte. Derartige Dämmerzustände finden sich bei Epileptikern zwischen den einzelnen Anfällen und im Anschluss an solche, aber auch als temporäre Verdunklung des Bewusstseins, ferner beim Alkoholismus, Cocainismus, Chorea, bei der classischen Paralyse und Dementia senilis.

2. Traumzustände des wachen Lebens.

§. 70.

„Das Bewusstsein ist getrübt bis zur Aufhebung des Selbstbewusstseins." Hierher gehören gewisse Zustände von Inanition und Fieberdelirien, acute pathologische Rauschzustände, Formen von epileptoiden Bewusstseinsstörungen, pathologische Affecte und Somnambulismus.

Der Inhalt des Bewusstseins, d. h. die Summe und die Qualität der vorhandenen Vorstellungen, muss streng aus einander gehalten werden von der functionellen Seite des Bewusstseins als Summe der sowohl die Production als auch die gegenseitigen Beziehungen der Vorstellungen unter einander regulirenden Principien.

---

[1]) Cf. v. Krafft-Ebing. Lehrbuch. 1886.

3. Der Stupor.

§. 71.

Wie die Reflexthätigkeit im Rückenmarke durch gewisse Einflüsse (z. B. durch Strychnin) krankhaft gesteigert und andrerseits auch wieder herabgesetzt werden kann, so auch im Gehirn. Ein Beispiel allgemeiner Herabsetzung der cerebralen Reflexthätigkeit, das wir in verschiedenen acuten Krankheiten (sehr oft im Typhus) und fast in ganz gleicher Form in manchen melancholischen und blödsinnigen Zuständen und in der Ekstase finden, bietet der Zustand des Stupor.

Dieser Zustand, der bis zur gänzlichen Aufhebung jeder psychischen wie motorischen Thätigkeit führen kann, ist ein Symptom von selbstständiger Bedeutung.

Kahlbaum sieht diesen Hemmungszustand als ein Hauptsymptom der Katatonie an; tritt derselbe bei irgend einer Psychose ein, so hat man es jedesmal mit einer Form des Spannungsirreseins zu thun. (Ueber die Berichtigung dieser weiten Auffassung siehe Buch 3: Katatonie.)

Die Kranken sind im Zustande des Stupors vollkommen starr, durch nichts erregbar, sie „verharren oft Stunden, Tage, Wochen, ja Monate lang in diesem Zustande. An sie gerichtete Fragen bleiben unbeantwortet, und willkürlich machen sie weder Bewegungen, noch ändern ihre Stellung; äussere Reize wirken gar nicht, auf schmerzhafte Reize reagiren sie nur undeutlich. Convulsivisches Zucken der Augenlider ist die einzige Bewegung, die man allenfalls wahrnimmt. Auf Grund der Eingenommenheit ihres Bewusstseins machen sie unter sich, der Speichel fliesst aus dem Munde, die Nahrung muss ihnen künstlich beigebracht werden.“ In diesem Zustand verhält sich bei den verschiedenen Kranken die Muskulatur in ihrem Tonus in dreifach verschiedener Weise. Während a) die einen Kranken in ihrem Stupor weiche und schlaffe Muskeln zeigen, den passiven Bewegungen gar keinen Widerstand entgegensetzen, die erhobenen Gliedmaassen nach Wegfall der Stütze leblos herabfallen lassen, beobachtet man b) bei anderen einen tetanischen Contractions-Zustand sämmtlicher willkürlichen Muskeln. „Dieselben fühlen sich brettartig gespannt an und können nur durch grossen Kraftaufwand in eine andere Lage zu einander gebracht werden“ (Salgó). Die mit Mühe aus ihrer Lage gebrachten, ausgespannten Extremitäten schnellen oft mit einem Ruck in ihre frühere Lage zurück. Die Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), welche man c) bei stuporösen Kranken beobachtet, kommt niemals ohne die anderen Erscheinungen vor, sie ist stets eine Begleiterin von psychischen Störungen oder tritt im Verlauf derselben auf, und zwar vornehmlich bei solchen, deren Hauptsymptom der Stupor (Katatonie) ist. Dieser kataleptische Zustand der Muskeln ist

nur möglich durch das Fehlen des Muskelsinnes oder nach der Rieger-schen Ansicht durch den Wegfall derjenigen Bewegungsregulirung, welche den antagonistischen Muskeln zufällt. Bei der Katalepsie findet sich in allen Fällen beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität, was für die Erklärung der kataleptischen Erscheinungen wichtig ist.

Sowohl die centripale, als die centrifugale Fortleitung von Erregungs-Vorgängen in den Nervenbahnen ist bedeutend erschwert. Die Sectionen haben den Eindruck eines in erhöhtem Grade bestehenden Gehirndruckes gegeben, und zwar wurde jedes Mal festgestellt, dass die Gehirnkammerflüssigkeit eine erhebliche Vermehrung erlitten hatte. Als gleichartige Ursache für diese katatonisch-stuporösen Zustände, für die Angst mit psychischer und motorischer Gebundenheit kann wohl neben der acut entstandenen Vermehrung des Kammerinhalts auch das subacute Gehirnödem gelten.

Ein Symptom psychischer Störung von selbstständiger Bedeutung ist der Stupor in der als Hemmungszustand (Pseudo-Stupor mit Hallucinationen) bekannten psychischen Erkrankung. Nach Salgó beginnt eine solche Psychose von vornherein mit psycho-motorischer Gebundenheit. Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschliessen. Die beim Pseudo- oder hallucinatorischen Stupor beobachteten Erscheinungen sind nicht solche, welche dem Stupor als solchem angehören, sondern sie sind in das Bild der Kahlbaum'schen Katatonie einzureihen; was man bisher als Stupor bezeichnet hat, kann man bei jedem Katatoniker mit Mutacismus sehen.

Dass traurige Verstimmung mit dem depressiven Vorstellungsinhalt bei dem Stupor zusammen auftrittt, ist nicht der Fall. Der intensivste depressive Affect, welcher mit Hemmung einhergeht, zeigt immer noch mehr psychisches und psycho-motorisches Leben als der leichteste Grad des Stupors. Salgó vergisst, dass sich aus dem psycho-motorischen Hemmungszustande erst der Spannungszustand in pleno entwickelt. Häufig kann man Fälle beobachten, welche nach jahrelangem Bestehen aus einer Dysthymie in eine Katatonie übergehen.

Bei einem primären katatonischen Stupor, der acut auftritt und über Jahre sich erstreckt, ist die Prognose ungünstig. „Der Zustand, der anfänglich als heilbar anzusehen war, ist in einen unheilbaren übergegangen.“ In letzterem Satze bestätigt Salgó selbst das von mir vorher Erwähnte.

Von Bedeutung für den Ausgang einer psychischen Störung ist das Auftreten des Stupors, besser der Attonität, im Verlaufe derselben. Es ist zu unterscheiden, ob der Stupor als solcher das alleinige oder doch das Hauptsymptom der bestehenden Störung ausmacht, oder ob er nur eine Verlaufsphase einer symptomatologisch reichhaltigeren Geistes-

störung bildet. Ist die psycho-motorische Hemmung Theilerscheinung, so ist die Prognose günstig, macht sie das ganze Krankheitsbild aus, so ist die Prognose schlecht.

Bei derartigen Kranken ist der Vorstellungsverlauf erschwert, die Apperception träge, der Kranke steht stundenlang auf einem Fleck, der Gesichtsausdruck zeigt deutlich die psychische Lähmung, den Ausdruck des stumpfsinnigen Träumens. Es ist eine vollständige Hemmung der spinalen Reflexe eingetreten; dabei besteht cutane Anästhesie und Analgesie. Die Innervation der vegetativen Organe ist vermindert, die Respiration oberflächlich und verlangsamt, die Herztöne sind schwach, es besteht ein Pulsus parvus-tardus, die Circulation ist träge, Oedeme treten auf, besonders an den Füssen etc.

Solche „Stupor"-Zustände finden sich, als postepileptische und postmaniakalische Erscheinungen, episodisch bei den classischen Formen der Paralyse und Paranoia. Sie alterniren mit maniakalischen Zustandsformen bei der Folie circulaire. Primär kommen sie nach heftigem Schreck, schweren Blutverlusten, Vergiftungen mit Kohlenoxydgas, Strangulationen vor, dann als Begleiterscheinungen melancholischer Zustände, als Ausdruck der Erschöpfung des Gehirns nach acuten Krankheiten, wie nach Typhus, sexuellen, besonders onanistischen Excessen.

4. Die Ekstase.

§. 72.

Darunter versteht v. Krafft-Ebing den Zustand der Verzückung, d. i. ein „traumhaftes, durch innere Vorgänge absorbirtes Leben." Ich möchte diesen Zustand nicht als etwas Besonderes ansehen, sondern ihn einfach in die Gruppe der katatonischen Erscheinungen hineinrechnen. Er unterscheidet sich ja in gewisser Hinsicht von dem gewöhnlichen Bilde des Stupors durch den verzückten Gesichtsausdruck, der „ein unaussprechliches, mystisches Entzücken wiederspiegelt," aber nach meinem Dafürhalten beruht er auf denselben Vorgängen, wie der katatonische Stupor. Diese Art der Verzückung kommt hauptsächlich bei Frauen vor, welche an hysterischen Convulsionen leiden.

VII. Anomalieen der Erinnerung.[1])

§. 73.

Die Erinnerung beruht ebenso wie die Phantasie auf Reproduction von Bewusstseinsinhalt. Alle psychischen Gebilde (Emminghaus) sind der Reproduction fähig: Empfindungen, Gefühle, ein-

[1]) Die Abschnitte VII und VIII sind hauptsächlich nach der klaren und übersichtlichen Darstellung Emminghaus' bearbeitet.

fache wie zusammengesetzte Vorstellungen. Die Nervensubstanz bewahrt treu die Erinnerung der oft geübten Verrichtungen (Hering cit. von Emminghaus). Man spricht deshalb von einem Gedächtniss der Sinne, der coordinatorischen Apparate, man fasst in diesen Rahmen die angeborenen Instincte. Im Bereiche der Bewusstseinsorgane ist die Reproduction das wichtigste Glied der verschlungenen Kette von Einzelfunctionen; schon die Anschauung ist frühzeitig im Seelenleben des Kindes, beim Erwachsenen stets durch die Reproduction beeinflusst. Der Reproductionsvorgang ist seinem Wesen nach völlig dunkel. Wir wissen nur, dass die einfachen Erinnerungsbilder blasser als die adäquaten Anschauungen ausfallen. Erscheinen sie fast so lebhaft wieder, dann ist die Unterscheidung von Phantasma resp. Hallucination schwierig, ja unmöglich. Das ganze Wissen ist in erster Instanz Erinnerungsmaterial, Wiedererkennen; jedwedes Erkennen überhaupt setzt Reproduction voraus. Die Befestigung der Vorstellungen und ihre Reproducirbarkeit wird mit jedem abermaligen Eintreten der betreffenden Vorstellung sowohl von aussen her (wiederholte Anschauung) als auch vom Gedächtniss aus (wiederholte Reproduction) gesichert. Die Reproduction ist mechanisch und erscheint in Gestalt des Einfalls, wenn Empfindungen und Anschauungen die adäquaten Erinnerungsbilder wecken: mit der Empfindung ist sofort die frühere analoge Bewusstseinserregung reproducirt. Ferner wirken Gefühle mächtig bei der Aufnahme von Vorstellungen in's Gedächtniss mit, und wenn der Wille eingreift, um Vorstellungen im Gedächtniss zu fixiren, sind Gefühle dabei mit im Spiele. Der Wille kann auch durch das stets mit schwächerem oder stärkerem Unlustgefühl (Erwartung) verbundene Besinnen die Vorstellungen reproduciren. Gegenüber den Einfällen unterscheidet man die willkürlich reproducirten Vorstellungen als Erinnerungen im engeren Sinne. Während wir im Allgemeinen von der Anwesenheit der Gedächtnissmaterialien jenseits der Bewusstseinsschwelle keine Vorstellung haben, sondern diese nur im Momente des Einfallens bekommen, so ist beim Besinnen durch den plötzlichen Einfall Lust hervorgerufen, so unangenehm vielleicht die gesuchte Vorstellung selbst sein mag.

I. Erleichterte Reproduction von Erinnerungen.

(Hypermnesie — Emminghaus.)

§. 74.

Nur die Rückkehr einer Vorstellung aus dem Gedächtnisse weist ihre vorher stattgehabte Aufnahme in dasselbe nach. Es giebt ein normales Vergessen, welches selbst dem besten Gedächtnisse nicht fehlt. Im Allgemeinen ist die Fähigkeit zu merken grösser bei jungen als bei

gealterten Organismen. Am sichersten von allen Vorstellungen finden freudige Momente, Lustgefühle Aufnahme in's Gedächtniss. Wo bei Kindern sehr frühzeitig das Gedächtniss stark ist (Wunderkinder), besteht Verdacht, dass im späteren Leben die Gedächtnissstärke in's Gegentheil umschlagen wird. Und wenn überwiegend solche Vorstellungen haften, welche von Unlustgefühlen begleitet sind, dann ist eine Annäherung an das Krankhafte ebenso gut vorhanden, als wenn nur heitere oder zumal das eigene Ich fördernde Dinge behalten werden. Es giebt Individuen, welche man als Gedächtnissmenschen bezeichnet, die ängstlich alles sich einprägen und im Bewusstsein ihrer intellectuellen Schwäche das Merken systematisch ausbilden, um den höheren Defect annähernd zu compensiren. Hierher gehört wohl das Phänomen, das Uhde als „Erinnerungssucht" bezeichnet hat (bei den mässigsten Graden des Schwachsinnes — Emminghaus). Bei seinen höheren Graden ist die Aufnahme des Gedächtnissmaterials bisweilen — allerdings einseitig — gesteigert. Selbst bei Blödsinnigen ist die Perception von Erinnerungen, wenn sie durch lebhafte Gefühle angeführt werden, relativ scharf gegenüber dem sonstigen Stande ihrer psychischen Thätigkeit.

Wie sehr begleitende Gefühle das „Merken" erleichtern, zeigen Hypochonder, welche den Inhalt von medicinischen Schriften, Vorträgen etc. oft wörtlich genau im Kopfe behalten. Bei Melancholikern ist die Aufnahme düsterer, bei Grössenwahnsinnigen diejenige von dem Selbstgefühl schmeichelnden Eindrücken in's Gedächtniss erleichtert. Der Inhalt von Hallucinationen und Illusionen, die bei psychischen Störungen ganz regelmässig der Stimmungsanomalie entsprechen, ja gewisse Wahnvorstellungen bestätigen, prägt sich in der Regel tief ein. Hier ist auch die Gefühlserregung die Hauptsache. Je klarer der Eindruck war, desto grösser ist die Möglichkeit, ihn zu reproduciren. Es hängt also zum grossen Theil von der erleichterten Aufnahme auch die erleichterte Wiederkehr von Gedächtnissvorstellungen ab. Auf die Reproduction wirkt die Stimmung wesentlich mit: Heiterkeit erleichtert, Traurigkeit erschwert dieselbe, jedenfalls wenigstens, wenn sie höhere Grade erreicht. Wie aber Lustgefühle fast nur die reichlichere Erinnerung heiterer Gedächtnissvorstellungen befördern, so ruft traurige Verstimmung vorzugsweise düstere Bilder zurück. Die von Gefühlen regierte, auffallend leichte Reproduction gewisser Vorstellungen führt zur weiteren Erleichterung die „associative Uebung" als wichtiges Moment ein. Dadurch, dass diese Erinnerungen öfters wiederkehren, befestigen sie sich umsomehr und neigen deshalb zur wiederholten Rückkehr in's Bewusstsein. Bei alten Leuten kommt hauptsächlich aus diesen Gründen jene Disponibilität der Erinnerungen aus frühester Jugend zu Stande, welche mit der Vergesslichkeit für die jüngste Vergangenheit in so

schneidendem Gegensatze steht. Auch der Zusammenhang einzelner Erinnerungen unter sich befördert die Reproduction. Krankheiten, welche Reizungen der Hirnrinde hervorbringen, steigern bisweilen die Reproduction einseitiger oder allgemeiner Erinnerungsbilder. Schon der leichte Rausch bietet hierzu ein gutes Paradigma. Das Gleiche gilt von ekstatischen Zuständen, von der Chorea magna, von manchen Formen der maniakalischen Erregung und von der Lyssa humana.

Ob eine spontane Erregung von Erinnerungen in Wahrheit vorkommt, ist nicht zu entscheiden. Im Schlafe, ebenso beim Fieber und anderen die Hirnrinde erregenden Processen treten bisweilen neben verwirrten Phantasiegebilden auch deutliche, aber zusammenhanglose Erinnerungsbilder auf; jedoch kann man mit Recht fragen, ob nicht ganz ungewöhnliche Associationen, zu welchen eine jede Störung in den Bewusstseinsvorgängen Veranlassung geben kann, hier im Spiele sind, und dieses spontane Erinnern, dieses Auftreten von unverbundenen Einällen nur vorgetäuscht wird.

2. **Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche** (Vergesslichkeit, Amnesie).

§. 75.

a) Gedächtnissschwäche nennen wir die mangelhafte Aufnahme, das unvollkommene Haften von Vorstellungen im Gedächtniss. Schon normaler Weise kann nicht alles, was zum Bewusstsein gelangt, behalten werden. Ein zu rascher Wechsel der Vorstellungen, ein überstürzter Verlauf derselben, erschwert jedenfalls das Einprägen. Während des Halbschlafes, bei ungewöhnlichen Schlafzuständen, während heftiger Gemüthsbewegungen, bei angestrengtem Denken, wie bei geistiger Ermüdung prägen sich die äusseren Eindrücke, da sie gar nicht oder nur schwach appercipirt werden, unvollkommen oder überhaupt nicht ein; dennoch können in solchen Zuständen sehr complicirte psychische Processe vor sich gehen, aber sie lassen keinen Eindruck im Gedächtniss zurück. Bei allen transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins ist infolge der unvollständigen, bezw. aufgehobenen Apperception der Aussenwelt, die Aufnahme von Gedächtnissvorstellungen beschränkt resp. vollständig aufgehoben: bei Intoxicationen (Alkohol, Narcotica), Fieberdelirien, epileptischer Manie, hysterischem und neuralgischem Delirium, den psychischen Störungen während des Geburtsactes, im pathologischen Affecte und bei den transitorischen Psychosen. In Zuständen totaler Bewusstlosigkeit finden keine Anschauungen statt, und es besteht im Fall, dass das Bewusstsein wiederkehrt, complette Amnesie für das, was mit dem Kranken vorging. Gedächtnissschwäche spielt in der Symptomatologie chronischer, constitutioneller Affectionen und Nervenkrankheiten, welche

das Grosshirn in Mitleidenschaft ziehen, eine wichtige Rolle; so kommt Amnesie bei Chlorotischen, Diabetes, Morbus Addisonii und den leichteren Graden der Urämie vor. Auch Erschöpfungszustände des Nervensystems, insbesondere die durch sexuellen Abusus herbeigeführten, bringen das Symptom der Gedächtnissschwäche mit sich, welches den destruirenden Krankheitsprocessen des Gehirns z. B. der Paralyse insgesammt ebenso eigenthümlich ist, wie den angeborenen bezw. erworbenen und stabil gewordenen pathologischen Zuständen der psychischen Centralorgane, welche zu Blödsinn führen.

b) Erinnerungsschwäche ist die Erschwerung der Reproduction solcher Vorstellungen, welche bereits zu Gedächtnissmaterial geworden waren. Sie kann bis zur completten Erinnerungsunfähigkeit fortschreiten. Mit der Zeit kommen die Gedächtnissbestandtheile abhanden oder sie werden doch schwerer beweglich und am leichtesten diejenigen, welche sich a priori sehr schwach eingeprägt hatten oder nicht öfter „aufgefrischt" worden waren.

Als normale Erscheinung beobachtet man temporäre Erinnerungsschwäche bei Cerebrasthenikern auf Grund einer erworbenen Neurasthenie, zuweilen in den höheren Graden der Schlaftrunkenheit und besonders nach tiefem Schlaf infolge starker Ermüdung bei Alkohol-Genuss.

Nach acuter Anämie (Blutungen), stärkeren Berauschungen, nach Kopfverletzungen, kommt neben Gedächtnissschwäche für die Ereignisse während der Attaque öfters Insufficienz der Erinnerung ehedem geläufiger Vorstellungen zur Beobachtung. Unter den chronischen Krankheiten, welche Erinnerungsschwäche mit sich bringen, stehen die anatomischen diffusen Störungen der Hirnrinde obenan (senile Hirnatrophie, Degeneration nach Hämorrhagie, classische Paralyse). In der Form des Blödsinns tritt die Gedächtnissschwäche häufig in der Weise auf, dass das jetzt Geschehende schnell, oft von einem Augenblicke zum andern vergessen wird, während es an Erinnerungen aus dem früheren Leben nicht fehlt. Andere Male ist gerade der Inhalt des vergangenen Lebens entweder (selten) völlig von der Tafel der Erinnerung weggewischt, oder so fern gerückt, so undeutlich und fremd geworden, dass der Kranke denselben kaum mehr als sein Erlebniss erkennen kann; hier wird dann die wirkliche Existenz erst von den Tagen der Erkrankung an datirt und das Frühere entweder einer fremden Persönlichkeit oder einem andern Zustande (einem Scheinleben) zugeschrieben. Ganz besonders deutlich wirken die Gefühle der Unruhe und Angst darüber, dass etwas auf die betreffende Leistung selbst ankommt, hindernd auf die Reproduction, ein hervorstechendes Symptom der Neurasthenie. Auch bei Epileptikern nimmt mit der Zeit die Erinnerung des in früheren Lebensperioden recipirten Vorstellungsmaterials ab. In der Reconvalescenz aus psychi-

schen Störungen kommt bisweilen Erinnerungsschwäche in gleicher Weise wie nach febrilen Processen vor. Es ist eins der wichtigsten Zeichen vollkommener Genesung von Irresein, wenn die regelmässig mit demselben eingetretene Entfremdung der Aussenwelt, die Selbstentfremdung des Kranken in seinem Innern sich völlig lösen, und das geistige Leben wieder sämmtliche abgebrochenen Beziehungen anknüpft. Die Ereignisse während der Dauer der Krankheit sind oft, weil sie unvollständig appercipirt wurden, auch später nicht gut oder gar nicht erinnerlich (z. B. bei chronischem Morphinismus). In vielen Fällen, in denen keine Abschwächung der Intelligenz stattfindet, wissen die Kranken sehr wohl, was während des Irreseins in ihnen und um sie vorging.

3. **Das doppelte Bewusstsein** (Jessen), **alternirendes Bewusstsein** (Solbrig).

§. 76.

Es gehört der Hauptsache nach ebenfalls zu den Erinnerungsstörungen. Gewisse Kranke können für Zeitabschnitte von einem oder vielen Tagen mit dem Erwachen aus dem gewöhnlichen Schlafe alle bis dahin erworbenen Vorstellungen und Kenntnisse völlig vergessen haben. (Mitunter bleiben Bruchstücke der früheren Persönlichkeit erhalten, und man bekommt dann das Bild der Spaltung der Persönlichkeit.) Nach Ablauf der genannten Frist kehrt wiederum mit dem Erwachen aus dem Schlafe der „alte“ Zustand und damit alle Erinnerungen aus früheren Tagen zurück, es fehlen jedoch völlig diejenigen aus dem „neuen“ kindischen Zustande. Kehrt dann die andere Phase des psychischen Lebens wieder, so ist einzig das innerlich, was während des analogen Zustandes in dem einen, bezw. mehreren früheren Anfällen in's Gedächtniss aufgenommen worden war. Derartiges haben Jessen und Sander von Tobsüchtigen, Emminghaus von periodisch Tobsüchtigen berichtet. Man beobachtet diese Zustände bei weiblichen Individuen in den Pubertätsjahren und bei hysterischen Neurosen und ähnliches im Anfangsstadium der Paraphrenia alternans s. complexa: in der Melancholie, wo das Gefühl des drohenden Verstandesverlustes die Kranken ängstigt. Beim fortschreitenden geistigen Zerfall hört diese Krankheitseinsicht auf.

4. **Erinnerungstäuschungen** (W. Sander), **Phantasmen des Gedächtnisses** (v. Feuchtersleben), **Empfindungsspiegelung** (H. Neumann), **Doppelwahrnehmung** (Jensen).

§. 77.

Durch krankhafte Veränderungen der psychischen Persönlichkeit, durch Gefühlsanomalieen werden sehr häufig die Reminiscenzen aus der Vergangenheit in pathologischer Weise verfälscht. Dem Melancholischen

erscheint sein ganzes bisheriges Leben trübe; der Verfolgungs- und Grössenwahn wirft seine Schatten bis in die früheste Jugend zurück. Gewöhnlich handelt es sich nur um eine theilweise Vermischung wirklicher Erlebnisse mit subjectiven Elementen; bisweilen kommt es auch zu Hallucinationen der Erinnerung, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht; namentlich bei Paralytikern und Verrückten. Die Kranken erzählen von fabelhaften Reisen, Abenteuern, die oft Jahrhunderte zurückliegen. Nur von Paralytikern hört man erfundene Reminiscenzen auch in die jüngste Vergangenheit verlegen. In anderen Fällen werden die Erinnerungsfälschungen nicht frei producirt, sondern sie schliessen sich an irgend welche zufälligen äusseren Eindrücke an. Die Kranken, zumeist Verrückte, glauben Personen oder Gegenstände ihrer Umgebung früher schon einmal gesehen oder von ihnen gehört zu haben. Sie verkennen dabei jene Objecte keineswegs, wie das bei den Apperceptions-Illusionen geschieht, sondern es vollzieht sich der umgekehrte Vorgang: An die vollkommen scharf aufgefasste Wahrnehmung knüpft sich eine durchaus phantastische Reminiscenz, deren vermeintliches Original um Monate oder seltener Jahre zurückdatirt wird.

Nicht selten kommt bei Gesunden Erinnerungsfälschung in der Weise vor, dass eine, mitten im gewöhnlichen Vorstellungsverlaufe appercipirte Situation den Eindruck erweckt, als habe man dieselbe schon einmal erlebt, so dass man beinahe voraussagen könnte, was nun kommen werde. Man kann solche Zustände bezeichnen als Hallucinationen des Gedächtnisses oder Pseudo-Hallucinationen. Ein peinliches Gefühl der Erwartung, der Unsicherheit bei dem Processe hebt Sander hervor. Die Kraepelin'schen Erinnerungsfälschungen sind von Gedächtnissphantasmen zu unterscheiden, da erstere nur auf Verwechslung oder Missdeutung wirklicher Begebnisse beruhen, z. B. bei Melancholikern, die gehörte Verbrechen als eigene Thaten unterschieben.

Das Charakteristische der Erinnerungstäuschung ist, dass ein Complex von verschiedenen Vorstellungen ihren Inhalt bildet, dass dieser Inhalt sich fortwährend und rapide verändert, und durch seine Unklarheit und Unvollständigkeit auf den Betroffenen peinlich wirkt. Dieses Gefühl und die begleitende Verwirrung trüben die Apperception, hemmen die willkürliche Association der heranstürmenden Vorstellungen und vereiteln jede Kritik des Inhalts. Deshalb kann die ganze Situation mit einer früher erlebten für identisch gehalten werden, weil nur das Prägnante, Correspondirende beider Complex-Vorstellungen appercipirt, die Differenzen in den übrigen Bestandtheilen bei dem ideenflüchtigen Vorgange vernachlässigt werden. Es würde sich also nach Sander um eine fehlerhafte Association von Gedanken oder von Vorstellungen handeln.

Dass Erinnerungstäuschungen auch bei Geisteskranken, zumal Epi-

leptischen vorkommen und bei ihnen die begleitenden Unlustgefühle sich zur wahren Angst steigern können, beweisen mehrere unzweifelhafte Fälle (Neumann, Jensen, Sander). A. Pick theilt einen Fall mit, in welchem, wie es scheint, Erinnerungstäuschungen zu Verfolgungswahn und zur fixen Idee der Seelenwanderung führten.

VIII. Anomalieen der Phantasie.

§. 78.

Zur Entwicklung und zum normalen Fortgang des Vorstellens wie der Sinnesempfindung ist eine stete, mässige, adäquate Reizung von aussen nothwendig. In den Sinnesthätigkeiten geschieht diese Reizung durch wirkliche äussere Erregung und das Geschehen im sensitiven Nervensysteme wird in der excentrischen Erscheinung auch wieder nach dem Orte der peripherischen Anregung verlegt, projicirt. Das Vorstellen dagegen erhält die Reizungen, die zu einer steten Thätigkeit unentbehrlich sind, durch die Sinnesempfindungen. Es zeigt sich nun im Vorstellen eine ähnliche excentrische Erscheinung, eine ähnliche Projection, wie beim Empfinden, aber nicht ausserhalb des Organismus, — sondern hier eben in das Gebiet, von dem aus die Anregung geschieht, in das der Sinnesempfindung. Diese excentrische Projection der Vorstellungen scheint es eben zu sein, auf welcher die Nothwendigkeit eines steten Eingehens sinnlicher Bilder in dasselbe beruht. Durch sie wird jenes schwache Mithalluciniren im centralen Organe bewerkstelligt, das alles Vorstellen begleitet, von dem es jenen, für seine Klarheit und Lebendigkeit so unentbehrlichen, dem einen Menschen karger, dem andern reichlicher zugemessenen sinnlichen Schatz von Farbe, Bild und Klang, jenen „Körper“ von Sinnlichkeit mitbekommt. So giebt sie die Grundlage aller der psychischen Phänomene ab, die man der Phantasie zutheilt, namentlich auch jener Vorgänge, wo nicht mehr ein leises und blasses, sondern ein höchst deutliches, der objectiven Sinneswahrnehmung in den meisten Beziehungen gleiches, und wie diese völlig nach aussen verlegtes Thätigsein der Sinnesorgane geweckt wird — nämlich der eigentlichen Hallucinationen. Hier wirken die Vorstellungen so auf die centralen Sinnesapparate, dass in diesen etwas vorgeht, was sonst nur bei ihrer äusseren Reizung vorgeht, nämlich ein Empfindungsact.

§. 79.

Die erste Bedingung für Bildung einer Phantasievorstellung ist das Vorhandensein von Erinnerungsmaterial in seinen einzelnen Bestandtheilen, die zweite die Reproducirbarkeit dieser Bestandtheile und die letzte die Fähigkeit der Vereinigung derselben zu einem Vorstellungs-

complex. Sehr häufig schliessen sich die Bestandtheile der Erinnerungsvorstellungen wie von selbst zum Phantasiebilde zusammen. „Sich seinen Gedanken überlassen" (Emminghaus) heisst zum grössten Theil nichts anderes, als der Phantasie die Zügel schiessen lassen. Immer sind hierbei Gefühle wirksam, welche das phantastische Vorstellen förmlich auf bestimmten Bahnen dahin treiben, die je nachdem auf Trübes oder auf Erhebendes führen. Auch der Wille (aus Vorstellungen und Gefühlen entspringend) vermag die Phantasie anzuregen. Die im gewöhnlichen Leben alltägliche Anforderung „stelle Dir dieses oder das vor" enthält schon die Voraussetzung einer solchen Abhängigkeit der Phantasie vom Willen. Die Phantasiegebilde treten im Bewusstsein bald schwach und nur mit einem matten Schein von Sinnlichkeit hervor, bald aber plastisch, so dass sie fast die volle Deutlichkeit von Anschauungen haben. Die ersteren, die an Stärke entschieden hinter den einfachen Erinnerungen zurücktreten, kann man Phantasievorstellungen im engeren Sinne nennen. Sie kommen rein associativ oder willkürlich zu Stande. Die anderen aber, welche um vieles lebhafter sind, als die Erinnerungsbilder, bezeichnet man als Phantasmen (Emminghaus). Diese heften sich entweder an einen äusseren Eindruck, mit welchem sie sich — denselben verfälschend — associiren und decken, oder sie sind scheinbar ganz spontan entstanden.

1. Gesteigerte Erreglichkeit der Phantasie.

§. 80.

Schon im Gebiete der Gesundheitsbreite begegnen uns nicht unerhebliche Differenzen in der Fähigkeit, Phantasievorstellungen zu bilden. Bekanntlich sind Kindheit und Jugend in dieser Beziehung sehr productiv. Das Gleiche gilt vom Naturmenschen. Gefühle jeder Art üben im Allgemeinen einen mächtigen Einfluss auf das phantastische Vorstellen aus. In dem Grade wie sie die ruhige Ueberlegung hemmen, reizen sie jenes stärker auf; auch sinnliche, von körperlichen Zuständen ausgehende Gefühle rufen es hervor. — Auf gesteigerte Production von Phantasievorstellungen darf man bei Paralytikern im Anfangsstadium, bei Tobsüchtigen leichteren Grades und bei einzelnen Phthisikern schliessen, welche alle das Symptom der „Projectenmacherei" erkennen lassen. Auch bei Nymphomanischen, Erotomanischen scheint eine mehr einseitige Steigerung der Phantasie zu bestehen. Wie beim Hypochonder die Phantasie damit beschäftigt ist, künftige Zustände mit ihren Leiden auszumalen, so treten bei Melancholikern imaginäre Vorstellungen von Hinrichtungen, Verletzungen durch Verfolger etc. in's Bewusstsein. Bei der Pantophobie scheint gleichfalls mit jedem heftigeren oder unerwarteten Sinneseindruck ein, wenn auch dunkles Phantasiebild aufzu-

blitzen (Emminghaus). Lyssakranke sprechen bisweilen eingehend von den Vorgängen bei ihrem Leichenbegängnisse. In allen diesen Fällen wird die Phantasie von verschiedenen Gefühlen getrieben. Auch die symbolischen Handlungen der Verrückten, die Herrichtung ihrer Frisur, ihr Anzug, ihre Miene etc. geben kund, wie in ihr verkehrtes Denken sich Phantasiebilder einmischen, welche von Gefühlen erzeugt oder beeinflusst werden. Nichts anderes als eine luxuriirende Phantasie bringt die Neubildungen hervor, welche die Kranken so oft symbolisch verwenden. Figuren ohne Sinn, Kryptographieen werden in Rede und Schrift gebraucht, denen kein Lautkörper entspricht etc. Bald unter dem Zwang ihrer Stimmung, bald mehr willkürlich aus innerlicher Lust bilden sie sich eine Phantasiewelt um sich herum und verkehren lebhaft mit derselben, ohne jedoch von deren Realität überzeugt zu sein. Willkürliche Steigerung der Phantasie liegt in den Fällen vor, wo die Kranken sich allerhand Uebersinnliches ausmalen, aber doch nur, weil sie irgend welches Interesse daran haben. Es sind dies nicht Hallucinationen, sondern nur Pseudo-Hallucinationen d. h. lebhaftes Phantasiespiel.

Phantasmen — Sinnesvorspiegelungen, Sinnestäuschungen, Sinnesdelirien, „Wahnideen der Sinne", „Trugwahrnehmungen" (Kahlbaum) — sind Einbildungen, die wegen ihrer Präcision und Klarheit sinnliche Empfindung und Wahrnehmung vortäuschen. Dies schliesst natürlich nicht aus, dass Phantasmen nebelhaft, unverständlich sein können, wie eine an sich undeutlich gelieferte Wahrnehmung, die jeder unbedingt von blosser Einbildung zu unterscheiden weiss. Phantasmen können zu gegebenen Empfindungen und Wahrnehmungen als verfälschende Phantasiegebilde hinzutreten oder neben anderen Eindrücken der Aussenwelt als selbstständigere Objecte der Wahrnehmung erscheinen. Intellectuell ist jedes Phantasma einer Urtheilstäuschung über die Aussenwelt gleichwerthig. Gewisse Zustände der Centralorgane prädisponiren ganz besonders zu derartigen Urtheilstäuschungen über Herkunft und Qualität der Wahrnehmungen. Vor allem gehört dahin der Schlaf und die ihm verwandten Zustände. Die Traumphantasmen stehen hinsichtlich ihrer Deutlichkeit in der Mitte zwischen blos eingebildeten („gedachten") und wirklichen Eindrücken. Hierdurch unterscheiden sie sich von den krankhaften Phantasmen des wachen Zustandes. Diese letzteren werden vom Geisteskranken für thatsächlich genommen, die Urtheilstäuschung wird nicht corrigirt. Alles dies hängt davon ab, dass beim Träumenden das Bewusstsein umnebelt, beim wachenden Kranken dagegen ungleich heller ist. Jener hat eine relativ blasse Scheinwelt vor sich, die lediglich aus Phantasmen besteht, dieser appercipirt die wirkliche Welt in ihren Objecten und neben diesen noch die Trugbilder.

2. Phantasiemangel (Aphantasie — Emminghaus).

§. 81.

In den Schilderungen der Schwachsinnigen tritt der Mangel an Plasticität des bildlichen Vorstellens besonders stark hervor, wenn sie complicirten Vorstellungsinhalt rasch wieder von sich geben sollen. Sofern Bewegungsacte nicht nur Erinnerungs-, sondern auch Phantasiebilder der zukünftigen Stellungen unserer Glieder voraussetzen, versteht es sich von selbst, dass auch beim Verlernen gewisser Kunstfertigkeiten nicht lediglich Erinnerungsschwäche, sondern auch Phantasiemangel im Spiele sein kann. Man kann so Fertigkeiten in zweifacher Weise verlernen. Einmal völlig, so dass selbst oft wiederholte Bewegungen, welche deutliche Erinnerungsbilder hinterlassen haben, unausführbar werden, dann aber auch partiell, insofern nur ähnliche, aus einzelnen Bestandtheilen festsitzender Bewegungserinnerungen gebildete neue Vorstellungen dieser Art unmöglich werden. Was für diese Bewegungsvorstellungen gilt, das trifft auch auf die bildlichen Vorstellungen im Allgemeinen zu. So fehlt bei Schwach- und Blödsinnigen Mitleid und Mitfreude, d. h. sie können sich in fremde Zustände nicht hineinversetzen. Auch, dass bei diesen Kranken Hallucinationen und Illusionen relativ selten werden und schliesslich ganz aufhören, zeigt, dass Phantasieschwäche kein so seltenes psychopathisches Phänomen ist.

IX. Sinnestäuschungen.

§. 82.

Sinnestäuschungen sind solche Täuschungen, die im Gebiete der Sinne aus Anlass von Sinnesempfindungen entstehen. Die Wahrnehmung eines äusseren Reizes ist abhängig von der anatomischen und functionellen Integrität des gesammten peripheren und centralen Sinnesgebietes; dann von den Zuständen des Bewusstseins, welches den zugeführten Eindruck in sich aufnehmen soll. Eine krankhafte Veränderung dieser beiden Factoren ruft krankhafte Vorstellungen hervor.

Wo das Gefühl innerer Ueberlegenheit über alle Dinge der äusseren Welt in uns erlischt, da führt zügellos die Phantasie das Regiment und macht ihre zwingende Kraft auf das Selbstbewusstsein geltend. Sinnestäuschungen liefern ebenso wie Wahnideen auch dem Laien den Beweis für das Bestehen einer Geistesstörung.

Man unterscheidet im Gebiete der Sinnestäuschungen:

A. Hallucinationen und

B. Illusionen.

Unter Hallucinationen versteht man subjective Sinnesbilder, welche aber nach aussen projicirt werden und dadurch scheinbare Objectivität und Realität bekommen; Illusionen nennt man falsche Deutungen äusserer Objecte. Es ist eine Hallucination, wenn ich menschliche Gestalten sehe, während in der That kein Mensch in der Nähe ist, oder eine Stimme höre, wo nicht gesprochen wird; es ist eine Illusion, wenn ich eine glänzende Wolke, die eben am Himmel steht, für einen feurigen Wagen halte, oder wenn ich in einem Unbekannten, der in mein Zimmer tritt, einen alten Freund zu erblicken glaube. Den Hallucinationen entspricht gar nichts Aeusseres, sie sind falsche Empfindungen; die Illusionen sind falsche Auslegungen, Transformationen eines peripherisch Empfundenen. Der Anlass zu dieser Empfindung braucht auch nicht nothwendig in der Aussenwelt, er kann auch im eigenen Organismus liegen. So werden die falschen Deutungen, welchen peripherische (neuralgische, rheumatische) Schmerzen unterworfen werden, zu den Illusionen gerechnet, z. B. der Wahn, schwanger zu sein, der aus ungewohnten Abdominal-Empfindungen hervorgeht, oder jener Fall von Esquirol, wo ein Kranker Schmerzen im Knie hat und nun mit der Faust darauf schlägt, indem er immer ausruft: „Warte Bösewicht, Du sollst mir nicht entgehen."

Bei der Hallucination sind es meistens psychische Reize, nämlich lebhafte Vorstellungen mit Gefühlen oder örtliche Krankheitsreize, welche die Vermittler von Erinnerungsbestandtheilen so stark erregen, dass auch ohne den Einfluss eines von der Peripherie herkommenden Reizes eine sinnliche Anschauung vortäuschende Bewusstseinserregung entsteht. In diesem Falle geht die psychische Erregung der physiologischen voran; hier und da erscheint das Phantasma ganz spontan. Illusionen und Hallucinationen kommen daher auch neben einander bei denselben Individuen sehr gewöhnlich vor. Man kann behaupten, die erstere repräsentire die mildere Form der centralen Störung, bei der die innere Erregung zur Erzeugung eines Phantasma nicht ausreicht, sondern noch des Anstosses von der Peripherie her bedarf (Kahlbaum), während die Hallucination eine energischere centrale Irritabilität anzeige, infolge welcher schon der schwächere Vorstellungsreiz ein Phantasma hervorzubringen befähigt ist.

Die genauere Unterscheidung der Hallucinationen und Illusionen rührt von Esquirol her, sie verdient beibehalten zu werden, wenn sie gleich nicht ganz scharf durchzuführen ist. Namentlich im Geschmackssinn und im Hautsinn ist die Unterscheidung oft nicht möglich. Auch in den anderen Sinnen ist die Auffassung der Illusionen als „falsche Urtheile" für die meisten Fälle zu eng; sie sind meist wahre Umbildungen des durch die Sinnesorgane gegebenen Stoffes, wenn es mir z. B. scheint, ein Portrait an der Wand rolle die Augen oder trete aus seinem Rahmen heraus, oder wenn mir das Gesicht einer alten Frau jung und schön erscheint. Hier werden innere Bilder den wirklichen Perceptionen substituirt, es ist eine Mischung von Hallucination und wirklicher Sinneswahrnehmung; letztere wird damit im Sinne der herrschenden Vorstellungen und Stimmungen umgebildet. Man kann das Verhältniss auch so ausdrücken: die Hallucinationen sind entweder ganz vollständig, wenn sie ihr Object ganz schaffen, oder sie sind unvollständig (Illusionen), wenn einem wirklichen äusseren Objecte nur Qualitäten beigelegt werden, die es nicht besitzt (Gratiolet).

A. Hallucinationen.[1])

I. Im Allgemeinen.

§. 83.

Die Hallucination stellt das letzte Glied der physiologischen Erregungsvorgänge einer Perception dar. Es ist demnach das, was wir Erinnerung nennen, ein unzweifelhaft mit den Hallucinationen analoger Vorgang. Sowohl bei der Erinnerung wie bei der Hallucination fehlt das äussere sichtbare Object. Bei beiden handelt es sich um die centrale Wiederbelebung der in der Hirnrinde niedergelegten Erinnerungsbilder. Nur der Unterschied der Intensität unterscheidet beide von einander (Kraepelin). Die Aehnlichkeit zwischen Erinnerung und Hallucination spricht sich ferner darin aus, dass, wenn wir uns längst Vergessenes vor die Seele führen, wir es oft so deutlich und klar wiedersehen, als ob wir hallucinirten. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Hallucinationen nichts anderes sind, als objectivirte Erinnerungsbilder. Wir haben also in der Sinnestäuschung eine Sinneswahrnehmung ohne sinnlich wahrnehmbares Object, und im weiteren das Product einer corticalen Reizung, durch welche das Erinnerungsbild einer früher stattgehabten Sinneserregung zu neuer und selbstständiger, durch seine Intensität krankhafter Thätigkeit wachgerufen wird (Emminghaus).

Die Hallucinationen sind functionelle Störungen und finden sich vorwiegend bei den rein functionellen Hirnerkrankungen, bei denen auch in anderen Gebieten Erscheinungen von functionell gesteigerter Erregbarkeit gleichzeitig zur Beobachtung kommen. Infolge dessen begegnet man Hallucinationen bei den functionellen Psychosen, wie bei

---

[1]) Die Litteratur über die Sinnesdelirien ist sehr reichhaltig. Esquirol, mehrere Aufsätze im Dictionnaire des sciences médicales, in besonderen Abdrücken und in seinen „Geisteskrankheiten". — Bayle, Mém. sur les hallucinations. Revue médic. Janvier 1825. — Müller, Ueber phantastische Gesichtserscheinungen. Coblenz 1826. — Lélut, De la folie sensoriale. Gazette méd. 1833. — Bird, Thatsächliche Bemerkungen über Sinnestäuschungen. Friedreich's Magazin Heft 17, 1831. — Dietz, Ueber die Quelle der Sinnestäuschungen. ibidem Heft 3, 1832. — Leuret, Fragmens psychologiques. Paris 1834. — Bottex, Sur les hallucinations. Lyon 1836. — Marc, Geisteskrankheiten, übersetzt von Ideler. I. 1843. — Hagen, Die Sinnestäuschungen. Leipzig 1837. — Baillarger, in Archiv. génér. 1842, 3. — Patterson, Annal. méd.-psycholog. Mars 1844. — Ausserdem die Schriften von Arnold, Reil, Haslam, Hoffbauer, Neumann, Friedreich, Jessen, Archambault in Ellis traité p. 180seqq. etc.; Sinogowitz, Die Geistesstörungen. Berlin 1843. — Michéa, Du délire des sensations. Paris 1846. — Baillarger, Des hallucinations. Mém. de l'acad. de méd. Tome XII. Paris 1846. — Brierre, Des hallucinations. Paris 1847 (2. éd. 1853). — Leubuscher, Ueber die Entstehung der Sinnestäuschung. Berlin 1852. [Nach der 4. Aufl. wiederholt.]

der Hysterie, Epilepsie, Chorea etc. Dass das sensorische Rindencentrum der Entstehungsort für die Hallucinationen ist, geht aus Folgendem hervor:

1. Hallucinationen kommen nur bei intactem sensorischen Centrum in der Hirnrinde vor. Bei Verlust der Erinnerungsbilder durch organische Hirnerkrankung wird kein hallucinatorischer Vorgang beobachtet. 2. Halluciniren ist bei vollständig zerstörtem äusseren Sinnesorgane möglich. 3. Der Inhalt der Hallucination entspricht dem jedesmaligen Inhalt des Vorstellens, daher kommen zuweilen Hallucinationen von ganz gleichem Inhalte epidemisch bei Menschen vor, die sich in demselben Vorstellungskreise bewegen und sich dabei in gemüthlicher Erregung befinden.

Analogieen der krankhaften Hallucinationen bieten auf psychologischem Gebiete, neben den Traumphantasmen, die deutlichen Phantasmen vor dem Einschlafen, die Erscheinungen des Sinnengedächtnisses (Henle, Casper's Wochenschrift 1838 No. 18. Fechner, Psychophysik II. S. 489f.) und endlich jene deutlicheren (Erinnerungs-) Bilder von Gesichtern, die rasch beim Nennen eines Namens, beim Ertönen einer bekannten Stimme zufolge des psychischen Reizes der Association in uns auftauchen (Emminghaus).

Bei Nicht-Geisteskranken findet eine Correctur der etwa auftretenden Sinnestäuschungen statt. Bei Geisteskranken ist das Selbstbewusstsein derartig getrübt, dass die gefälschten Apperceptionsvorgänge nicht corrigirt werden. Die Affecte stören die Besonnenheit und die Ruhe der Ueberlegung.

Praktisch wichtig ist die Frage, ob Hallucinationen, die nicht als solche erkannt wurden, ein Zeichen von Irresein sind. Als Gegenbeweis dafür dienen die Visionen Constantin's und Mohamed's, ferner Sokrates, der sich mit seinem Dämon unterhielt, Luther, der dem Teufel das Tintenfass nachwarf etc. Durch Hallucinationen sind bedeutende geschichtliche Ereignisse veranlasst, Religionen gestiftet worden. Andrerseits haben Hallucinationen zu den kläglichsten Verirrungen in Gestalt der Hexenprocesse geführt; auch in Sagen und Märchen spielen sie eine wichtige Rolle, wie der Glaube an Elfen, Nixen, Teufel, wilde Jagd etc. Hierher gehört das second sight der Hochschotten, die ominöse Erscheinung der eigenen hechtgrauen Figur, der Erlkönig Göthe's (v. Krafft-Ebing).

Der Hallucinirende appercipirt nicht die Welt, sondern sich selbst d. h. Vorgänge in seinem (centralen) Nervenapparate (Virchow). Durch organische, meist pathologische Irritation der sensitiven Bahnen auf ihrem intracerebralen Verlaufe können subjective Empfindungen entstehen, welche das Bewusstsein in die Aussenwelt verlegt. Die Fälle

sind keineswegs vereinzelt, in denen es im ersten Augenblicke zweifelhaft ist, ob der Kranke hallucinirt oder Erlebtes erzählt. Erst wenn wir feststellen können, dass den Sinneswahrnehmungen eines Individuums jedes äussere Object fehlt, dann können wir dieselben als Hallucinationen bezeichnen.

Die klinische Psychiatrie verzeichnet nicht wenige Krankheitsfälle, in welchen bei acquirirtem vollständigen Mangel einzelner Sinne doch Täuschungen derselben ungeschwächt und unvermindert fortbestanden, z. B. Gehörshallucinationen bei völliger Taubheit (Leidersdorff). Die Hallucinationen sind, wie eben erwähnt, als Ausfluss corticaler Reizung zu betrachten. Es ist von Goltz mit genügender Sicherheit festgestellt, dass bei Ausfall gewisser Rindenbezirke des grossen Hirns wohl Sinneseindrücke, aber keine Wahrnehmungen der Objecte stattfinden. Die von Goltz operirten Thiere sind keineswegs blind, aber sie haben keine Vorstellung von den Objecten der Sinnenreize. Rindenblinde Hunde sehen das vorgezeigte Fleisch, zeigen aber selbst bei ausgiebigem Hunger kein Verständniss für dessen hungerstillende Eigenschaft.

Hallucinationen kommen in allen Sinnen, dem Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, auch der Hautempfindung bald in einzelnen, bald in mehreren, bald in allen zugleich vor. Was die Häufigkeit des Vorkommens anbetrifft, so sind Hallucinationen des Gesichts am häufigsten, demnächst die des Gehörs. Erstere mehr in acuten, letztere mehr in chronischen Irreseinszuständen, Gesichtstäuschungen sind am häufigsten Nachts. Sie treten unter dem Einfluss grosser Angst oder bei fortschreitender psychischer Schwäche auf. Die Hallucinationen sind wirkliche Empfindungen, keine Einbildungen; der Kranke sieht, hört dabei wirklich, er glaubt nicht blos zu sehen oder zu hören, und will man das Sinnendelirium mit Vernunftgründen bekämpfen, so erhält man gewöhnlich Antworten, wie sie Leuret von einem seiner Kranken bekam (Fragmens p. 203): „Ich höre Stimmen, weil ich sie höre; wie sie entstehen, weiss ich nicht, aber sie sind für mich ebenso deutlich, wie Ihre eigene Stimme. Soll ich an die Wirklichkeit Ihrer Reden glauben, so müssen Sie mich auch an die Wirklichkeit jener Reden glauben lassen, denn beide sind für mich in gleicher Weise fühlbar.“ So haben für das Urtheil des Hallucinanten seine subjectiven Sinnesanschauungen gewöhnlich dieselbe Realität, wie die objectiv von der Aussenwelt dargebotenen, und eben in diesem Umstande liegt zu grossem Theil die Wichtigkeit und Gefährlichkeit dieser Phänomene. Wir sind gewohnt, unseren Sinnen zu trauen und Das für das Wahrste zu halten, was wir selbst sehen oder tasten; derjenige, dem falsche Sinnesperceptionen untergeschoben werden, dem dadurch das Material seines Vorstellens und Combinirens verfälscht wird, tritt damit in eine neue Welt des Scheins und der

Lüge ein; ihre Unterscheidung von der objectiven Wirklichkeit steht fast niemals bei ihm und kann ihm gewöhnlich auch von fremdem Verstande nicht aufgenöthigt werden; er muss der Täuschung folgen, weil sie für ihn sinnliche Ueberzeugungskraft hat, und nicht nur die aberwitzigsten, tollsten Ideen werden geweckt, sondern häufig veranlasst die Hallucination die gefährlichsten Gewaltthaten.

Die Mehrzahl der von Geisteskranken begangenen Verbrechen beruht auf Hallucinationen, was bei der grossen Häufigkeit dieses Phänomens — nach Esquirol kommt es bei 80 unter 100 Kranken vor, Falret (Leç. clin. de méd. ment. Paris 1854. p. 151) giebt allerdings viel niedrigere Verhältnisse, nur etwa ein Drittel der Kranken, an — nicht zu verwundern ist.

§. 84.

Das Zustandekommen subjectiver Sinnesthätigkeit ist an sich nichts Ungewöhnliches, es ist vielmehr eine alltägliche Erfahrung, dass durch innere Reize ohne äussere Objecte Empfindungen entstehen können; unsere innere Sinnenwelt ist immer thätig, ja als ein ganz wesentlicher Bestandtheil des normalen Seelenlebens begleitet ein inneres Hören und und Sehen alles, auch das abstracte Vorstellen. Nur sind die auf diesem Wege entstandenen Empfindungen gewöhnlich sehr schwach und unterscheiden sich dadurch von den äusserlichen Perceptionen.

Wir wissen aus der Physiologie, dass die Sinnes-Nerven auf alle Reize mit der ihnen innewohnenden Energie reagiren, dass die gedrückte oder congestionirte Retina Licht, der gereizte Hörnerv Schallempfindungen giebt etc. Die Hallucinationen aber sind nicht einfache Producte der Reizung, einmal weil sie bei Aufhebung der peripherischen Sinnesthätigkeit vorkommen, sodann, weil durch alle jene unmittelbaren Reize auf den Nerven in der Retina, zwar Lichtflecke, feurige Kugeln, Farbenbilder u. dgl., aber keine bestimmten, complicirten Gestalten (Menschen, Häuser, Bäume etc.), im Ohr zwar Sausen, höhere und tiefere Töne, aber keine geformten Worte oder Melodieen erzeugt werden können. Der Sitz dieser Vorgänge, der Sitz der Phantasie ist das Gehirn selbst und in demselben ohne Zweifel die centralen Ausbreitungen der Sinnesnerven. So führt auch diese Betrachtung im Einklange mit den wichtigen, unten citirten Beobachtungen zu dem Resultat, dass die Hallucinationen als intracerebrale Vorgänge zu betrachten sind.

Indessen ist damit die Sache keineswegs erschöpft. Es giebt nämlich eine Anzahl Thatsachen, welche — ganz besonders deutlich bei den Gesichtshallucinationen — darauf hindeuten, dass die peripherischen Ausbreitungen der betreffenden Nerven, wo solche unverletzt sind, sich beim Sinnesdelirium durchaus nicht unthätig verhalten. Einmal scheinen

krankhafte Vorgänge im Auge Anlässe zu Hallucinationen zu geben. Sodann aber weisen jene nicht seltenen Fälle, wo Gesichtshallucinationen durch äussere Bedeckung des Auges zum Verschwinden gebracht werden können, auf einen gewissen Antheil hin, den die unverletzte Retina an diesen Phänomenen nehmen kann. Zuweilen sollen selbst bei nicht paralleler Sehaxe Hallucinationen doppelt gesehen worden sein. — Jedenfalls giebt es Fälle, wo Hallucinationen blos einseitig stattfinden; Michéa führt solche an; Verfasser hat einen Fall beobachtet, wo Gehörshallucinationen während der ganzen Dauer des Irreseins beständig nur linksseitig waren; in dem von Kieser (Ztschr. f. Psych. X., 1853) mitgetheilten Falle langjähriger Gehörshallucinationen waren dieselben überwiegend rechtsseitig. Zuweilen sollen entgegengesetzte Phantasmen verschiedener Sinne, rechtsseitige Gesichts- neben linksseitigen Gehörshallucinationen vorkommen.

Fälle, wo durch Bedecken des Auges Gesichtshallucinationen aufhörten, sind in ziemlicher Anzahl bekannt. „Ein junger Mensch sieht um sich alle Personen des Hofes; er wirft sich zu den Füssen desjenigen, den er für den Monarchen hält etc.; ich lasse ihm zwei Tage die Augen verbinden und sein Delirium hört auf. Nachdem die Binde abgenommen, beginnt es von Neuem" (Esquirol). Reil (Rhapsodieen) erzählt, dass eine Dame, die Gespenster und Ungeheuer sah, in ein Delirium mit Convulsionen verfiel, und dass ihre Kammerfrau, um sie aufrecht zu erhalten, ihre Hand auf die Augen der Kranken legte, und diese sogleich ausrief: Ich bin geheilt! — Dieses erneuerte sich mit demselben Erfolg bei dem Arzte (Esquirol übers. von Bernhard I. p. 12). — D., 75 Jahre alt, geistig gesund, kommt eines Tages nach Hause, erschrocken über tausend Visionen, die ihn verfolgen. Wohin er blickt, verwandeln sich die Gegenstände in Schreckbilder, bald monströse Spinnen, die nach ihm greifen, um sein Blut zu saugen, bald Soldaten mit Hellebarden etc. Es wird ein Aderlass am Fusse gemacht; die Hallucinationen mit hartnäckiger Schlaflosigkeit dauern fort. Man legt eine Binde über die Augen, sogleich hören sie auf und kehren zurück, sobald die Binde weggenommen wird, bis sie der Kranke eine Nacht und einen Theil des Tages ununterbrochen beibehält. Nun sah er die Phantome nur noch in langen Zwischenräumen und nach einigen Tagen verschwanden sie gänzlich; seither blieb der Mann gesund" (Bulletin de thérapeutique 1842). Auch Nicolai's Visionen verschwanden zuweilen durch Verschliessen der Augen.

Dass es Vorstellungen sind, welche der Sinnesthätigkeit Form und Gestalt geben, zeigt besonders der Umstand, dass einzelne Beobachter Hallucinationen willkürlich hervorrufen konnten. Ein Gehörshallucinant bemerkte, dass er selbst im Stande sei, die Worte zu geben, welche dann die Stimmen sprachen, und dies half ihm zum Theil, sie richtig als Täuschung zu erkennen (Holland, Chapter on ment. physiol. 2. éd. p. 52).

Sehr hübsch sind auch die Mittheilungen von Sandras (Ann. méd.-psych. VII. 1855 p. 542) über eigene Hallucinationen in seiner Krankheit, wo durchaus die eigenen Gedanken, Bedürfnisse etc. als Stimmen vernommen wurden. Die Stimme antwortete auf innere Fragen des Kranken wie eine dritte Person, aber immer im Sinne seiner Wünsche. — Intelligente Kranke sagen oft auch, Anfangs habe es nur ideal, innerlich, „geistweise" in ihnen gesprochen, erst später sei dieses Sprechen wirklich hörbar geworden.

Einen interessanten Uebergang jenes dunkeln, blassen Mithallucinirens der inneren Sinne, welches das Vorstellen im gewöhnlichen Zustande begleitet, zu den Hallu-

cinationen mit objectiver Deutlichkeit, hat Verfasser bei einem Kranken beobachtet, der, ausserordentlich reich an Visionen und sie mit Liebe pflegend, oft davon sprach, wie manche seiner Erscheinungen nur in Umrissen ohne alle Farbe, andere in dunklen Schattenbildern, noch andere in lebhaften, den objectiven vollständig gleichenden, farbigen Bildern bestehen. Und sehr bezeichnend ist die Antwort, die ein Melancholischer Esquirol gab, der ihm über den Irrthum bei seinen Gehörshallucinationen Bemerkungen machte: „Mitten in dieser Unterredung sagte er zu mir: „Denken Sie manchmal? — Ohne Zweifel. — Nun gut, Sie denken ganz leise, und ich, ich denke laut.“ Ein intelligenter Kranker (Medicin Studirender), der durchaus linksseitige Gehörshallucinationen während eines heftigen Anfalls von Irresein gehabt, hatte den Eindruck, die Stimmen kommen nicht aus nächster Nähe, er hätte sie auf mehrere Minuten Entfernung geschätzt. Er machte die weitere, merkwürdige Angabe, dass er vom Unterleibe aus willkürlich einen Einfluss auf die Gehörshallucinationen habe ausüben können. Bei näherer Untersuchung ergab es sich sogleich, dass er die respiratorischen Thätigkeiten der Bauchmuskeln meinte, und dass es die Respiration war, mittelst deren er die Einflüsse ausübte; beim Anhalten derselben sollen oft die Stimmen sich verändert haben, näher oder entfernter gekommen sein.

§. 85.

Einzelne Forscher haben die Ansicht bestritten, dass die Phantasie die Hallucinationen erzeuge, indem sie auf den Unterschied aufmerksam machten, der zwischen ihnen und blossen Einbildungen bestehe (Leuret, Hagen); dieser Einwand fällt, indem wir die phantastischen Vorgänge als eine nur verschieden starke Mitthätigkeit der inneren Sinnesapparate betrachten (vgl. Müller l. c. I. 5). Auch der noch grosse Unterschied zwischen einer Hallucination und zwischen derjenigen inneren Erregung der Phantasie, wie sie z. B. der Künstler bei der Conception seines Kunstwerks hat, ist nur ein gradweiser. Dass die Phantasmen sich von reinen Phantasievorstellungen in der Schärfe unterscheiden, bestätigt weiter der Umstand, dass die Kranken übereinstimmende und differirende Bestandtheile mehrerer zeitlich verschiedenen hallucinatorischen Eindrücke wohl unterscheiden. Es erscheint z. B. dieselbe Person in verschiedenen Kleidern, einmal spricht die gleichen Worte eine männliche, das andere Mal eine weibliche Stimme. — Bisweilen kommen die Hallucinationen den Kranken selbst als nicht ganz so deutlich wie ein gewöhnlicher sinnlicher Eindruck vor; andere Male scheinen sie mit voller Sinnlichkeit ausgestattet zu sein, und die Phantasmen überschreiten sogar noch in Qualität und Intensität dasjenige Maass, welches die gewöhnlichen Eindrücke der Aussenwelt in ihren Empfindungsbestandtheilen einhalten. In Bezug auf diese Eigenschaften der Hallucination ist eine bis zur Peripherie des Körpers hin fortgesetzte Reizung anzunehmen. Es muss dann eine Verstärkung des Phantasma durch zuwachsende subjective Empfindungen stattfinden; dafür spricht auch das in Heilungsfällen mehrfach beobachtete Abklingen der Hallucinationen (Emminghaus).

Da die Hallucination eine Trugwahrnehmung ist, so wird man gerade aus der Art und Weise, wie der Kranke seine Bewusstseinsvorgänge mittheilt, entnehmen können, ob Hallucination oder blos lebhafte Einbildung in ihm vor sich geht. Das letztere ist bei den psychischen Hallucinationen (Baillarger), den abstracten Hallucinationen (Kahlbaum), welche man auch als Pseudo-Hallucinationen (Hagen) bezeichnet hat, der Fall. Es giebt nämlich Kranke, die angeben, dass in ihnen eine Stimme spricht; sie hören aber keinen Ton, sondern haben nur den Gedanken. Baillarger hat zuerst dies Phänomen von den gewöhnlichen Hallucinationen getrennt und als psychische Hallucination beschrieben. Andere Autoren betrachten die psychische Hallucination nicht als Hallucination, während einzelne sie als eine Art psycho-sensorieller Hallucination bezeichnen (vgl. §§. 85 u. 92).

§. 86.

Séglas nennt sie psycho-motorische Hallucination, weil sie die Sprachfunction in ihren psycho-motorischen Elementen in Mitleidenschaft zieht; sie ist eine functionelle Störung der motorischen Centren der Sprachfunctionen und steht gleichsam mit der sensoriellen Hallucination und den Zwangsbewegungen in Zusammenhang. Die Kranken sprechen während des Nachdenkens ihre Gedanken im Geiste, statt dass sie dieselben hören oder sehen; wenn diese geistige Vorstellung sehr lebhaft ist, so kommt es statt zur inneren Sprache zu mehr oder weniger deutlich articulirten Lauten. Das betreffende Individuum erkennt meist, dass das Lautwerden dieser Gedanken ein subjectives Phänomen ist.

Unter den Geisteskranken, die innere Stimmen hören, sind einzelne, welche deutlich durch Worte diese innere Stimme wiedergeben. So spricht einer der Kranken von Séglas, der im Epigastrium Stimmen hört, zu gleicher Zeit wie diese. Andere Stimmen sprechen ihm in den Mund und zwingen ihn, die Zunge bei geschlossenem Munde zu bewegen, durch die Bewegungen der Zunge versteht er, was die Stimmen sagen, ohne zu sprechen. Zu anderen Zeiten spricht er die Worte mit leiser oder lauterer Stimme mit. Zuweilen sind diese Vorgänge weniger deutlich; die innere Stimme ist nur von zur Articulation nöthigen Bewegungen begleitet. So hat eine Kranke, die eine innere Stimme hört, wenn diese spricht, das Gefühl im Munde, als ob sie gewaltsam sprechen müsse, aber es kommt nichts heraus. Ein anderer Kranker (neuere Beobachtung classischer Paranoia) gab an, dass seine Gedanken ihm in's Ohr gesprochen würden; zum Beweis dafür forderte er jeden auf, er solle seine Finger ihm in's Ohr stecken, dann würde er den Vorgang schon fühlen.

In allen diesen Fällen handelt es sich um psycho-motorische Hallucinationen, die das Centrum der articulirenden Sprache in Anspruch nehmen. Andere Geisteskranke geben die inneren Stimmen durch Schrift wieder. So schrieb eine Kranke, die innere Stimmen hörte, und die ein Geist wider ihren Willen schreiben liess. Beim Schreiben giebt ihr der Geist den Gedanken durch den Magen ein, wie wenn er dictirte; sie fühlt ihre Hand ergriffen und hat in dieser Hand das Gefühl eines kalten

Fluidums; sie schreibt gegen ihren Willen ganz allein, sie braucht nur die Feder zu halten. Die Schrift wechselt jedes Mal, sie schreibt Buchstaben, die sie früher nicht kannte. Schreibt sie aus eigenem Antriebe, so fühlt sie keine Berührung der Hand und merkt deutlich den Unterschied.

Man findet in den Abhandlungen über Spiritismus eine Reihe analoger Beispiele, die als automatisches Schreibmedium, welches in gewisser Weise ausserhalb seines Willens schreibt, und als intuitives Schreibmedium, das im Kopf eine dictirende Stimme hört, bezeichnet werden.

Séglas, welcher zwei Arten von Hallucinationen: die psycho-sensoriellen und die psycho-motorischen unterscheidet, kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Ausser den gewöhnlichen Gesichts- und Gehörshallucinationen giebt es mit Rücksicht auf die Beziehungen der Hallucinationen zu den Sprachcentren solche beider Art aber verbalen Charakters, diese sind psycho-sensoriell auf Grund der Function der Centren, die sie in Erregung versetzen. 2. Die motorischen Centren der Sprache können der Sitz ähnlicher Phänomene sein; man muss in diesen Fällen die verbalen Impulse, wenn es sich um eine primäre Läsion des Willens handelt, von den eigentlichen psycho-motorischen, verbalen Hallucinationen unterscheiden. 3. Die psychischen Hallucinationen fassen grösstentheils ein motorisches Element in sich. Man kann sie in drei Gruppen theilen: a) Die rein verbalen, motorischen Hallucinationen. b) Diejenigen, welche gleichzeitig ein sensorielles Element in sich begreifen; sie werden gleichzeitig und in verschiedenem Verhältniss auditiv, verbal und motorisch sein. c) Diejenigen Fälle, in denen diese Phänomene nicht deutlich ausgesprochen sind; sie können jedoch vorhanden sein, ohne dass bei dem eigenthümlichen Zustande des Kranken sie sich constatiren lassen, oder sie bleiben vielleicht in abgeschwächtem Zustande einfache geistige, auditive oder motorische Repräsentationen, die aber nicht mit einander associirt zu sein brauchen, ohne bis zur wahren Hallucination sich auszubilden.

§. 87.

„Der Inhalt der Phantasmen ist entweder unaufhörlich derselbe oder zu verschiedenen Zeiten ein differenter (stabile und wechselvolle Hallucination — Kahlbaum); dabei können die Hallucinationen für kürzere oder längere Zeit völlig continuirlich oder, was häufiger vorkommt, periodisch auftreten. Es kommt vor, dass die Kranken nur dann Phantasmen haben, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf ein äusseres Object anspannen (functionelle Hallucination — Kahlbaum); bei manchen Kranken kommt allemal eine Hallucination dann zu Stande, wenn eine andere Sinnesbahn thatsächlich erregt wird (Reflexhallucination — Kahlbaum). Sehr häufig scheinen die Hallucinationen inneren psychischen Erregungen ihren Ursprung zu ver-

danken, mögen diese nun vorzugsweise Gemüthsbewegungen oder Denkacte etc. bedeuten (erethische Hallucination — Kahlbaum). Hierher gehören auch die Fälle, bei welchen das Halluciniren aufhört, sobald der Kranke durch äussere Eindrücke von seinen gewöhnlichen Gedanken und Gefühlen abgezogen wird" (Emminghaus §. 81).

Der Inhalt der Hallucinationen verräth ebenfalls ihren centralen Ursprung; er richtet sich in der Regel nach Stimmung und Gedankenrichtung, nach der heiteren und traurigen Erregung, und nicht viele Sinnesdelirien sind von ganz indifferenter Beschaffenheit. Der Melancholische hört häufig Schimpfworte, Drohungen oder Stimmen, die ihn zu einer grässlichen That auffordern, dem Maniacus kommen durch die Hallucinationen Bestätigungen seiner gehobenen Stimmung zu, kurz der herrschende Affect (Furcht, Sehnsucht, Freude etc.) bestimmt die Modalität der Phantasmen, ebenso wie organische Zustände, Genitalienreizung, Speisebedürfniss die adäquaten Bilder, Töne etc. vorführen. In prognostischer Beziehung ist dieser Umstand wichtig; denn die Beobachtung lehrt, dass die Hallucinationen, welche auf einem krankhaft affectartigen Zustande beruhen, auch mit diesem wieder zu schwinden fähig sind, während die nicht mit Gemüthsbewegungen zusammenhängenden Hallucinationen nur sehr selten eine wirkliche Heilung zulassen, und meist als wesentliche Elemente in den Zustand anhaltender Verrücktheit eingehen.

Bekannt ist die Specifität gewisser Hallucinationen nach bestimmten Ursachen. So sind dem Säuferwahnsinn die Visionen von Thieren, Mäusen, Ratten, Vögeln etc. sehr gewöhnlich; man könnte geneigt sein, dieselben für phantastische Umbildungen von Skotomen zu halten, wenn nicht häufig auch grosse Thiere, gleichfalls in ganzen Heerden, Pferde, Hunde, „eine Million Ochsen" u. dergl. gesehen würden. Auch die Phantasmen nach Einnehmen der Datura, der Belladonna, ganz besonders aber des Haschisch haben eine gewisse Specifität.

Sehr gewöhnlich ist ein religiöser Inhalt der Hallucinationen. Stimmen vom Himmel, bald Menschenopfer heischend, bald messianische Sendungen dem armen Wahnsinnigen verkündend, sind ausserordentlich häufig; ihr näherer Inhalt wechselt nach der Bildungsstufe. Im Allgemeinen ist unser Jahrhundert der Anerkennung einer Realität der geisteskranken Visionen nicht günstig; doch kam noch (1816) der Fall vor, dass ein Hallucinant nicht nur bei der Volksmasse für einen Inspirirten galt, sondern sogar von einem Erzbischof und einem Polizeiminister für einen göttlichen Gesandten gehalten wurde und als solcher mit einem König (Louis XVIII.) über Staatsangelegenheiten conferirte (Leuret l. c. p. 171).

Die Hallucinationen sind nicht nur als ein bloss complicatorisches

Krankheitssymptom zu betrachten, sondern sie sind von schwerer Bedeutung, ausser bei der acuten Alkohol- und Cocain-Intoxication.

Hervorgerufen werden die innerlichen organischen Reizvorgänge in den sensorischen Rindenfeldern durch Ernährungsstörungen, wie sie durch fieberhafte Erkrankungen, Intoxicationen und besonders durch Inanition und Anämie zu Stande kommen. (Schiffbrüchige, in der Wüste Verschmachtende, durch acute Krankheit oder Blutverlust Erschöpfte, Fastende, Ascetiker (v. Krafft-Ebing).

In Zuständen grosser Abspannung, nach langen Schmerzen, vor dem Tode u. dergl. beobachtet man häufig heitere, glänzende Hallucinationen. Dem entspricht auch die Wahrnehmung, dass sich die Hallucinationen bei solchen Kranken, welche die Nahrung verweigern oder auf Grund ihrer geistigen Inanspruchnahme durch Sinnestäuschung nicht zur Nahrungs-Aufnahme kommen, auf Einführung von Speisen verringern, aber bei Dauer des Inanitionszustandes an Intensität zunehmen.

2. Gesichtshallucinationen. Visionen.

§. 88.

Man kann nach Gratiolet folgende Hauptarten von Gesichtshallucinationen unterscheiden: 1) Solche, welche bei der Dunkelheit, bei Nacht oder bei geschlossenen Augen, bei Blinden auftreten; sie sind meist hell, selbst feurig, aber etwas blass; es sind sehr häufig Köpfe, hässliche Gesichter u. dergl., und sie haben Neigung zu schwankender Bewegung. 2) Bei schwacher Beleuchtung, Dämmerung sind es sehr häufig weisse Gestalten, welche in einer abschätzbaren Entfernung einen Platz im Raume einzunehmen scheinen, und nicht hin- und herschwanken. 3) Die bei hellem Tage gesehenen sollen meist ganz als Wirklichkeiten erscheinen. — Letzteres konnte Verfasser nicht bestätigen; aus vielen Beschreibungen von Hallucinanten ergab sich, dass sie hier häufig auch dunkel, schattenhaft sind.

Häufig sind die Fälle, wo die Kranken Feuer- und Lichtmassen sehen. Je nach Umständen, nach der schon gegebenen Richtung der Vorstellungen wird diese Erscheinung verschieden ausgelegt. Einige glauben sich im Himmel und sehen die Herrlichkeit Gottes leuchtend geoffenbart, Andere wähnen sich von den Flammen der Hölle umgeben. Ein Mädchen sah während ihrer Menstruation ihr elterliches Haus (wirklich) abbrennen; sie wird alsbald rasend, will sich in das Wasser stürzen, erkennt Niemanden mehr und glaubt selbst zu brennen. In's Krankenhaus gebracht, erfüllt sie dieses mit entsetzlichem Feuergeschrei, indem sie selbst Flammenqualen zu erleiden und ihre Eltern diesen preisgegeben glaubt. Sie raste und tobte fort und schrie beständig: „Seht wie Alles brennt; alle Stadtspritzen können das Feuer nicht löschen, das uns alle verzehren muss!“ — Sie starb nach vier Wochen, und — Feuer! Feuer! waren noch ihre letzten Worte.

§. 89.

Es giebt Kranke, die nur in der Nacht hallucinirren oder dann, wenn sie allein sind; andere nehmen nur dann die mannigfaltigsten Phantasmen wahr, wenn die Aussenwelt auf ihr Gesicht einwirkt, und sie werden sofort von den Sinnestäuschungen befreit, sobald man sie die Augen schliessen lässt oder dieselben zubindet. Eigentliche Gesichtshallucinationen sind diejenigen Trugwahrnehmungen, welche Bilder von gleicher Vollkommenheit wie die der äusseren Gegenstände vorführen (Emminghaus). Die Gegenstände der Umgebung sind entweder von der Vision verdeckt, (man spricht dann von einer negativen Hallucination, welche mit der positiven complicirt ist. Ein Geisteskranker, welcher in seinem Schlafzimmer einen Altar erblickt, sieht in dem Moment nicht die Betten oder andere Objecte, welche ihm der Altar verdeckt), oder sie werden durch das transparente Trugbild hindurch gesehen, oder dazwischen tretende Personen verdecken die Vision ganz oder theilweise. Die Gesichtsphantasmen, welche neben der centralen Reizung auch durch Sensationen in andern Nervenbahnen ausgelöst werden können, sind entweder unzusammenhängend oder continuirlich und in beiden Fällen entweder stabil oder wechselnd; auch Reflexhallucinationen können stabil sein. (Schüle cit. von Emminghaus.)

Ein Herr, der von Depressionszuständen mit hypochondrischer Färbung befallen war, schlug unaufhörlich mit seinem Stock auf die Möbel seines Zimmers. Je schneller er ging, desto mehr schlug er. Verfasser erfuhr später, dass er den Schatten, der von den Möbeln auf den Fussboden fiel und den er selbst warf, für Ratten hielt. Je mehr er ging, desto mehr glaubte er, dass die Ratten sich vermehrt hätten.

Im Beginne der Krankheit sind die Hallucinationen nur schattenhaft, steigern sich aber mit dem krankhaften Processe zur vollen Plastik; beim allmählichen Verschwinden der Phantasmen werden die Conturen undeutlicher, die Farben wechseln und blassen ab.

Schon hieraus ergiebt sich, dass es von den einfachen zu den wechselvollen Hallucinationen die mannigfaltigsten Uebergänge giebt. Sehr oft ist der Inhalt der Phantasmen stabil, aber die Form wechselt; so kann der religiös Verrückte Christus und die Heiligen in verschiedenen Verhältnissen sehen, und der Hungernde hat Visionen von verschiedenen Gerichten etc. (Hiob). So geht die stabile Hallucination sehr leicht in die variable über (Emminghaus).

Ein gewisser P. hatte tausenderlei Visionen. Gottes Sohn erscheint ihm manchmal, er sieht ihn auf Wolken getragen, von Engeln umgeben, ein Kreuz in der Hand. Er vertraut ihm seine Befehle, aber nicht durch Worte, sondern durch Zeichen, die in der Luft erscheinen. P. zeichnet die Gestalten, die er in der Luft sieht; es sind bald geometrische Figuren, bald Thiere, bald Wirthschaftssachen, Blumen und musikalische Instrumente, bald sind es bizarre Figuren, denen nichts ähnlich sieht etc. (Esquirol).

Ein Anderer schreibt: „Ich sah mehrmals Gott den Vater, der die Güte hatte, mit mir zu sprechen, — er ging in verschiedene Höhlen, wo er mehrere ungeheure Thiere tödtete und Löcher eingraben liess, aus denen man, wie ich glaube, falsche Orakel gab. Ich sah mehrmals im Himmel Johannes den Täufer in einem Wagen mit sieben Pferden etc.“

Die Gesichtshallucinationen können so anhaltend und massenhaft sein, dass der Kranke sich in einer völligen Traumwelt befindet. Die maskenartigen, starren Gesichtszüge, das athemlose Hinstarren nach einem Punkte, sind dafür charakteristisch. Es kommen, wenn auch seltener, Gesichtshallucinationen complicirter Art vor, welche die sprachlichen Functionen in Mitleidenschaft ziehen. So sehen einzelne Hallucinanten vor ihren Augen geschriebene Worte, die sie lesen; der Sitz des hallucinatorischen Processes ist in diesen Fällen das visuelle Wortcentrum, welches den Bildern eine solche Intensität verleiht, dass sie nach aussen verlegt und in gleicher Weise gelesen werden, wie wenn sie durch ein äusseres Agens geschrieben wären. Diese Hallucinationen kann man in analoger Weise wie die des Gehörs als verbal-visuelle Hallucinationen bezeichnen. (Séglas.)

§. 90.

Unter Visionen versteht man meist nächtliche Erscheinungen, wie leuchtende Gestalten, Gott, Christus, Engel oder schreckliche Fratzen. Dieselben kommen aber auch bei hellem Tageslichte vor. Es sind gewöhnlich stereotype Gestalten, wie ein schwarz gekleideter Mann, ein schwarzer Hund, Löwenköpfe, die zum Fenster hereinsehen, oder die Gegenstände der Umgebung haben ein anderes Ansehen erhalten (Kraepelin).

Die anatomischen Thatsachen sind dürftig. In einem Falle von Bright (Guys hosp. resp. 1837) fand sich bei einem Kranken, der nach zwei apoplektischen Anfällen an Gesichtshallucinationen gelitten hatte, ein 15 cm grosser bis an die Oberfläche dringender Heerd im Corpus genicul. infer.

3. Gehörshallucinationen.

§. 91.

Die Gehörsphantasmen sind nicht ganz so häufig wie die des Gesichts; am meisten beobachtet man sie bei Schwermüthigen und Verrückten; bei jenen sind sie zuweilen Anlässe zu tobsüchtigem Ausbruch. Sie weisen meist auf eine schwerere, weniger heilbare Gehirnaffection hin, und werden zudem oft sehr lange verborgen gehalten, bis sich einzelne Wahnvorstellungen vollkommen fixirt haben.

Echte Gehörshallucinationen finden statt, wenn der Kranke behauptet, es werde ihm im Kopfe selbst gesprochen, er denke laut und

so, dass es alle hören könnten, oder es werde ihm direct in's Ohr gesprochen. In einigen Fällen konnten Gehörsphantasmen durch Verstopfen des äusseren Gehörgangs sistirt werden; andere Male fand man sie bei Tauben (s. oben).

Bei den Gehörshallucinationen handelt es sich fast immer um die Apperception wohlgeordneter, articulirter Satzphrasen, die in nächster Beziehung zu den Vorstellungen des Kranken stehen (v. Krafft-Ebing). Der Inhalt ist ein aggressiver, aufreizender und peinigender. Nicht nur die Leute, welche mit dem Patienten sich in demselben Raum befinden, auch die Leute auf dem Flure, auf der Strafse, selbst die in der Pferdebahn Vorüberfahrenden sprechen allerhand Anzügliches: „Der Patient sei bankerott, syphilitisch u. dergl."

Die Stimmen scheinen dem Kranken bald aus der Erde, den Mauern, aus Möbeln, mitunter aus dem eigenen Körper, aus der Brust, dem Abdomen, dem eigenen Gehirn herauszukommen.

Zu v. Krafft-Ebing sagte eine Dame: „C'est un travail, que l'on fait dans ma tête." Zuweilen dauern die Stimmen so unaufhörlich fort, dass die Kranken darüber in Verzweiflung gerathen. Man findet bei den Gehörshallucinanten auch meistens noch viel abenteuerlichere Gespinnste von Unsinn, als die übrigen Phantasmen erzeugen, und solche Kranke zeigen oft das sonderbarste, grillenhafteste Benehmen. Sie antworten ihren Stimmen mit freundlichen oder drohenden Geberden oder Worten; oft werden sie plötzlich ruhig und aufmerksam gespannt, um zu horchen, und man sieht sie die bizarrsten und gefährlichsten Handlungen begehen, die ihnen solche Stimmen eingeben.

„Ein junger Mann hatte seit sechs Monaten nach einem Anfall hitziger Manie kein Wort gesprochen, keine willkürliche Bewegung ausgeführt, als er eine volle Flasche ergriff und sie dem Wärter an den Kopf warf. Er blieb unbeweglich und schweigsam und genas nach einigen Monaten. Ich fragte ihn, weshalb er mit der Flasche geworfen hätte. — „Weil ich," erwiderte er, „eine Stimme hörte, die mir sagte: Wenn du Einen tödtest, wirst du gerettet werden. Ich hatte den Mann, den ich treffen wollte, nicht getödtet, also konnte sich mein Schicksal nicht ändern, ich blieb schweigend und unbeweglich; übrigens wiederholte dieselbe Stimme ohne Unterlass: Rührst du dich, so bist du des Todes. Diese Drohung war die Ursache meiner Unbeweglichkeit" (Esquirol). Vgl. auch bei diesem Beobachter den bekannten Fall des französischen Präfecten. l. c. I. p. 96.

Ein Kranker (Mittheilung von Kieser, Zeitschr. f. Psychiatrie X. 1853 p. 435) beschreibt seine Gehörshallucinationen und Illusionen folgendermaassen: „Es ist so erstaunend als schrecklich und für mich erniedrigend, welche akustischen Uebungen und Experimente — auch unsinnliche — mit meinen Ohren und mit meinem Leibe seit beinahe 20 Jahren gemacht werden! — Ich erhielt die schreckliche Gewissheit, dass nicht nur ohne mein Wollen, sondern auch ohne mein Wissen Töne und articulirte Worte der verschiedensten Art aus meinen Ohren ausgingen, wie die schändliche Rotte es haben wollte. Und was für Töne und Worte! Sechs Monate des Jahres 1815 hindurch bestanden sie fast einzig in Schimpfworten auf mich selbst und die Meinigen; ein und dasselbe Wort ertönte oft ohne alle Unterbrechung 2—3 Stunden lang! Man hörte fortgesetzte Reden über mich, mehrentheils schimpflichen Inhalts, wobei oft die

Stimmen mir wohlbekannter Personen nachgeahmt wurden; die Vorträge enthielten mehrentheils die allerschändlichsten Lügen und Verläumdungen meiner Person und oft auch Anderer. Oft wurde dazu promulgirt, dass ich es sei, der dieses Alles sage. — Diese unablässig fortwährenden Töne werden oft in der Nähe, oft aber eine halbe, ja sogar eine ganze Stunde weit gehört. Sie werden aus meinem Körper gleichsam abgeschnellt und abgeschossen und das mannigfachste Geräusch und Getöse wird herumgeschleudert, besonders wenn ich in ein Haus trete oder in ein Dorf, oder in eine Stadt komme, daher ich seit mehreren Jahren beinahe wie ein Einsiedler lebe. Dabei klingen mir die Ohren unaufhörlich und oft so stark, dass es ziemlich weit hörbar ist.

Andere Male hören die Kranken himmlische Harmonieen, Sphärenklang, Concerte; häufig sind es Anklagen, lose Reden und Unanständigkeiten, über die sich weibliche Kranke oft aufs Bitterste beklagen. Bei den Gehörsillusionen werden vorhandene Geräusche im Sinne der herrschenden Stimmung oder Wahnvorstellung travestirt, z. B. ein Geräusch auf der Treppe wird den Gerichtsdienern zugeschrieben, welche den Kranken verhaften sollen u. dgl. m. In der „Erwartung“ von Schiller sind die einfachsten Gehörsillusionen des Gesunden auf eine Art, die als Beispiel dienen kann, geschildert.

§. 92.

Von den eigentlichen Gehörshallucinationen abzutrennen und meist als reine Apperceptions-Hallucinationen ohne sinnliche Deutlichkeit zu betrachten sind die inneren Stimmen. Es handelt sich hier um lebhafte Vorstellungen, die in der Art der Rede und Wechselrede in dem Bewusstsein des Kranken sich an einander schliessen, ohne darum jedoch wirklich wahrgenommen zu werden, wenn sich auch an diese Erscheinung gewöhnlich die Wahnidee knüpft, dass durch dieselbe eine förmliche stille Unterhaltung mit fernen Personen ermöglicht werde. Diese „Stimmen“ werden häufig als lautes Denken oder als Gedankengespräch bezeichnet. (Der Entstehungsort dieser Pseudohallucinationen ist vielleicht das Apperceptionsorgan, jedenfalls findet sich nebenher laufend Akusticus-Hyperästhesie.) Vgl. §. 95. Mitunter localisiren die Kranken die „Stimmen“ in der Brust, in den Bauch, in welchen Theilen abnorme Sensationen die Aufmerksamkeit fesseln. In solchen Fällen unterscheiden die Kranken ihre „Stimmen“ von normalen Gehörswahrnehmungen, indem sie diese Stimmen mit besonderen Namen belegen: „Einsprechungen, Telegraphensprache, Telephonsprache, Weltsprache, Seelensprache u. dgl. (Psychische Hallucinationen — Baillarger. Vgl. §. 85). Das Nachsprechen der Gedanken, das Doppeldenken ist dagegen eine wirkliche Hallucination. Es liegt dieser Erscheinung die Vorstellung zu Grunde, dass die eigenen Gedanken laut und der Umgebung bekannt werden (Kraepelin).

4. Geruchshallucinationen.

§. 93.

Im Geruchssinne sind die Hallucinationen seltener als in den vorhin betrachteten, sie scheinen auch mehr den Anfangsstadien des Irreseins anzugehören. Schlager fand unter 600 Kranken 27 Fälle, wo üble Gerüche angegeben wurden, wobei zum Theil aus ihnen Vergiftungswahn und Nahrungsverweigerung (aus der Vorstellung, dass die Eingeweide faulen) hervorging. In der grossen Mehrzahl dieser Fälle waren aber doch die üblen Gerüche äusserlich objectiv angeregt und keine wahren Hallucinationen, nur etwa 5 Fälle liessen sich als solche betrachten. Fast immer sind es widrige Gerüche, die die Kranken percipiren, Kohlendampf, aashafter Gestank, höllische schweflige Dünste, elektrischer Ozongeruch u. dgl. Der Wahn, in einer vergifteten Atmosphäre zu leben, von Leichen umgeben zu sein u. dgl., ist die häufige Folge dieser Hallucinationen. Tritt Hemianästhesie auf, so kommen die Kranken leicht zu dem Wahn, dass eine Leiche neben ihnen im Bette liege.

Leuret (l. c. p. 198) erzählt den Fall einer Frau, welche die entsetzlichen Gerüche, die sie empfand, der Fäulniss gemordeter Leichen in den Souterrains der Salpêtrière zuschrieb; äusserlich dargebotene Gerüche unterschied sie wohl und ward von ihnen wie früher afficirt. Verfasser hat einen ganz ähnlichen Fall bei einem jungen Manne gesehen.

Es ist bei den subjectiven Hallucinationen dieses Sinnes nicht möglich, aus dem Inhalte der äusserlich nicht begründeten Wahrnehmung sicher zu bestimmen, ob dieselbe Reizungen der Olfactorius-Bahn oder aber Irritationen letzter centraler Gebilde ihren Ursprung verdankt. Es können nämlich infolge von Erkrankungen und Läsionen des Bulbus und Tractus olfactorius, sowie gewisser Stellen der Hirnfaserung dieselben — in der Regel unangenehmen — Gerüche zur Perception gebracht werden, wie sie Geisteskranke wahrzunehmen angeben (Emminghaus.) Den bei Epileptikern nicht selten vor den Anfällen auftretenden Geruchsempfindungen können auch Reizungen der Olfactoriusbahn zu Grunde liegen. Aus den Anfangs einfachen oder unbestimmten Empfindungen können sich nach und nach bald schneller, bald langsamer bestimmtere Trugwahrnehmungen entwickeln. Vieles, was als Geruchshallucination schlechthin bezeichnet zu werden pflegt, dürfte sich in phantastisch appercipirte, subjective Empfindung oder in Einbildung bei genauerem Zusehen auflösen. Es ist aber mehr als wahrscheinlich, dass auch wirkliche Geruchshallucinationen vorkommen, am ehesten, wenn bei Personen, deren objective Geruchsempfindung ganz normal ist, die Phantasmen gleich ausgebildet, gelegentlich gewisser psychischer Vorgänge sich einstellen, d. h. wenn nicht erst aus vagen und mehrdeutigen Empfindungen die bestimmtere Trugwahrnehmung sich herausbildet. Im

grossen Ganzen kommen Geruchs- wie Geschmackshallucinationen selten isolirt vor, und beide Täuschungen haben stets einen unangenehmen Charakter. Diese Geruchshallucinationen werden auch bei der Morphio-Cocain-Abstinenz beobachtet. Geruchshallucinationen beim Irresein kommen am häufigsten bei Masturbanten, bei sexuellen Erkrankungszuständen der Frauen im Klimakterium (nach v. Krafft-Ebing, weniger nach Matusch) vor.

5. Geschmackshallucinationen.

§. 94.

Dieselben können von den subjectiven Empfindungen des Sinnes symptomatisch nicht unterschieden werden. Die bitteren, salzigen, metallischen, fauligen etc. Geschmacksempfindungen, welche bei fieberhaften Krankheiten, Vergiftungen (Blei), Dyskrasieen (Cholämie) etc. auftreten, sind wohl ausnahmslos auf Reize der peripheren Endigungen oder der Stämme der geschmacksvermittelnden Nerven zurückzuführen. Das Essen schmeckt nach Kupfer, Arsenik, Eisen (Metallgeschmack empfindet man bei Auflegen der Elektroden auf die Backen). Auch Nervenkranke, Hysterische, Hypochonder, Epileptiker vor dem Anfalle (Sander cit. von Emminghaus) haben bisweilen ähnliche Perceptionen. Ob die nach Santoningebrauch und nach Morphiuminjectionen bei herunter gekommenen Individuen und im Zustande der Inanition eintretenden, spontanen Empfindungen bitteren Geschmacks auf centrale Erregungen zurückzuführen sind, ist vor der Hand noch unentschieden.

In den Fällen, wo Geisteskranke köstliche Mahlzeiten oder auch ekelhafte Dinge zu verzehren wähnen und dabei Lob und Tadel über die einzelnen wechselnden Empfindungen in Mienen und Worten ausdrücken, handelt es sich offenbar nicht um spontane Geschmackswahrnehmungen allein, sondern es sind auch andere, besonders Tastempfindungen jedenfalls mit im Spiele. Der Kranke muss, um zu diesem Wahne zu kommen, auch Empfindungen in der Mundhöhle haben, welche die mechanische Wirkung der geschmeckten Bissen vortäuschen. In wieweit hierbei subjective Empfindungen phantastisch metamorphosirt werden, ist nicht zu bestimmen (Emminghaus).

6. Die Hallucinationen des Tastapparates und der sensiblen Nerven.

§. 95.

Sie lassen sich gleichfalls nicht von den subjectiven Empfindungen dieser Bahnen unterscheiden. Die grosse Mehrzahl aller hierher gerechneten Phänomene sind ohne Zweifel peripherische Empfindungen, die lediglich im Sinne gewisser Wahnvorstellungen der Kranken falsch aufgefasst werden, z. B. die häufigen Behauptungen der Kranken, es werde

an ihnen gezupft, elektrisirt, gestochen etc.; ferner die Vorstellungen des Schwebens, Festgebanntseins, Erfrierens etc. entspringen wohl aus subjectiven Sensationen, aus Neuralgieen, Paralgieen, Anaesthesieen in der Haut und den Muskeln, die aber infolge centraler Störungen phantastisch appercipirt werden (Emminghaus).

Es können aber im Bereiche der Tast- und sensiblen Nerven auch wahre Hallucinationen vorkommen. Es giebt Empfindungen und diese werden auch mit lebhaften Gefühlen betont, welche lediglich von der Vorstellung aus zu Stande kommen; z. B. sagt Henle (cit.): „Wer hat nicht schon die Empfindung von Regentropfen im Gesicht und Händen gehabt, wenn er Regen vermuthete?“. So ist es auch wohl denkbar, dass nicht einfache Einbildung ohne jegliche peripherische Sensation, sondern Hallucinationen im strengen Sinne dann vorliegen, wenn psychische Kranke gelegentlich eines Eindrucks oder einer Erinnerungsvorstellung behaupten, die adäquaten Empfindungen wirklich zu haben, auf welche jene Vorstellung hindeutet. Falret will die Integritätsgefühle der Amputirten, die nach der Operation fortdauernden Schmerzen der Steinkranken etc. als „Hallucinations internes“ auffassen, d. h. als Effecte starker Einbildung. Eine hallucinatorische Erregung der Bahn des Muskelsinnes wird selbstverständlich unrichtige, d. h. durch äussere Thatsachen nicht bedingte Bewegungsvorstellungen hervorrufen. Aus den Hallucinationen im locomotorischen Apparat gehen eine Reihe von Zwangshandlungen, Zwangsbewegungen, Zwangsstellungen hervor (Emminghaus).

Die Hallucinationen in der Muskelgruppe des Sprachapparates bedingen die Vorstellung des Mitsprechens einer inneren Stimme oder auch des Hörens der eigenen Gedanken vor den Ohren, von Anderen ausgesprochen oder in Geräuschen verdeckt, des Gedankenlautwerdens. (Vgl. §§. 85 u. 92.) Ist nur ein bestimmter Theil dieser Muskelsinnbahn hallucinatorisch erregt, drängt sich immer nur ein bestimmtes Wort, ein bestimmter Gedanke mit unwiderstehlicher Macht dem Bewusstsein auf, so erscheint die Zwangsvorstellung. Ist die Erregung sehr stark, so kann sie auch einen motorischen Impuls geben, es kommt zum Zwangsreden. Die Hallucinationen im Muskelsinn der Augenmuskeln täuschen uns über Bewegungen, Richtung der Bewegungen, über Grösse der Gegenstände, sie nöthigen uns falsche Raumvorstellungen auf.

7. Hallucinationen mehrerer Sinne.

§. 96.

Sehr häufig folgen nach einander Täuschungen verschiedener Sinne. In solchen Fällen wird die Erkenntniss, dass Trugwahrnehmungen stattfinden, erschwert oder ganz aufgehoben. Wenn zu Visionen von Ge-

stalten sich Gehörsphantasmen hinzugesellen, so dass der Hallucinant Rauschen oder Flüstern, Tritte, Worte von ganz specifischem Inhalte hört, so ist an eine Correction der Sinnestäuschungen eben wegen ihrer Mannigfaltigkeit nicht mehr zu denken (Emminghaus).

Sehr gewöhnlich sind Hallucinationen und Illusionen der einzelnen Sinne mit einander verbunden und die angeführten Schriften (Hagen, Esquirol, Leuret, Bottex) sind reich an Beispielen, in denen gleichzeitige falsche Perceptionen aller Sinne die wichtigsten und auffallendsten Phänomene des Irreseins darstellten. In praktischer Beziehung hat Verfasser stets darauf gedrungen, dass diese Wahnideen der Sinne gehörig ausgeforscht werden, dass ihren etwa erreichbaren organischen Bedingungen nachgegangen und diesen bei Construction des Heilplans eine vorzügliche Berücksichtigung eingeräumt würde. Namentlich bei den Hallucinationen der drei oberen Sinne empfahl Verfasser Aufmerksamkeit auf die Zustände ihres Hülfsnerven, des N. quintus, weil ihm in mehreren Fällen Gehörs- und Gesichtsphantasmen von neuralgischen Leiden dieses Nerven geweckt zu werden schienen.

B. Illusionen.[1]

I. Im Allgemeinen.

§. 97.

Illusionen sind Phantasmen, welche zu einer Wahrnehmung hinzutreten. Man kann eine Illusion symptomatisch als Uebererreglichkeit der Phantasie bezeichnen. Die Abänderungen und Fehler der Auffassung, welche in physikalischen Verhältnissen ausserhalb unserer Sinnesorgane, sowie in der normalen Structur und Function, ja selbst in gewissen pathologischen Anomalieen dieser letzteren ihre Begründung finden, schliesst man von dem Begriffe der Illusion aus. Kahlbaum schlägt für diese Täuschungen der Sinne die Bezeichnung Phenacismen vor.

Die Illusion ist physiologisch (Wundt), wenn eine schematische Wahrnehmung durch geläufige Erinnerungsbilder, für welche sie selbst den Reiz liefert, vervollständigt wird. Die physiologische Illusion ist unmöglich oder sie wird rasch aufgehoben, wenn der äussere Eindruck nicht die charakteristischen Elemente einer geläufigen Einbildung alle schematisch enthält; schlechte Attrappen täuschen nicht.

Die Illusion ist aber phantastisch (Wundt) und pathologisch, wenn der Sinnesreiz übermässige Einbildungs-Effecte hervorruft und durch diese die Wahrnehmung nach Inhalt und Form mannigfach verändert

[1]) Cf. Emminghaus: Allgem. Psychopathologie §§. 72—77.

wird. Ein derartiger Bewusstseinsvorgang ist nur dann möglich, wenn die Erregbarkeit solcher centralen Apparate gesteigert ist, welche specifisch sinnliche Eindrücke vermitteln. Ein normaler Wahrnehmungsprocess kommt dann nicht mehr zu Stande: jede illusorische Sinnestäuschung schliesst also a priori eine incomplette Wahrnehmung ein. (Emminghaus.)

Die Illusion ist eine Sinnestäuschung, bei welcher das äussere Object nicht fehlt, aber anders gedeutet wird, z. B. ein Baum wird für einen Menschen gehalten, der die Arme ausstreckt. Sofern die Täuschung über sinnlich wahrgenommene Dinge und Vorgänge in der Aussenwelt oder über subjective Empfindungen nicht reine Urtheilstäuschung ist, beruht sie jedesmal auf einer durch centrale Erregung hervorgebrachten Verfälschung des Apperceptionsprocesses (Emminghaus), indem gelegentlich der Verarbeitung sinnlicher Empfindungen zu Wahrnehmungen durch lebhafte Reizung der betreffenden Rindenelemente Erinnerungsbilder früherer, ähnlicher Wahrnehmungen übermässig scharf bewusst und mit der neuen Wahrnehmung vermischt werden. Die physiologisch-peripherische Reizung geht hier der psychischen Irritation voraus. Der Begriff Illusion nach Esquirol fasst aber auch reine Urtheilstäuschungen über sinnliche Objecte in sich (Kahlbaum bezeichnet diesen Vorgang als eigentliche Illusion). Es gehören hierhin die Fälle, dass Verrückte, ebenso wie kleine Kinder glänzende Steinchen für Gold, Silber etc. halten. Auch in physiologischen Breiten treffen wir Illusionen, z. B. construiren wir uns aus einer Wolke die Umrisse eines Thieres, Gegenstandes oder Menschen. Wir grüssen oft Menschen, weil wir sie für Bekannte halten, bei genauem Hinschauen sehen wir erst, dass es Fremde sind, und constatiren nun eine nur ganz entfernt bestehende Aehnlichkeit. Diese Art der Illusion wird begünstigt durch Dämmerung, mattes Mondlicht, Nebel etc. Das ist ganz dasselbe, als wenn sich ungebildete Leute durch den Glanz eines Schmuckes über den wahren Werth desselben täuschen lassen. (Kahlbaum.) An Wahrnehmung selbst ist hier gar nichts defect, der Fehler liegt nur in der vorschnellen Fällung des Urtheils. Das Maasgebende ist die kindliche oder sonstige Unerfahrenheit oder die krankhafte Erkenntnissschwäche, die es ermöglicht, dass aus einer wahrgenommenen Eigenschaft des Dinges auf alle übrigen geschlossen wird. Dasselbe gilt auch, wenn Kranke allgemeine oder gleichgültige Geberden, Mienen, Blicke als auf sich bezüglich nehmen und dergl.

In einer Reihe von Fällen ist es also sehr wohl entscheidend, ob Gesichts- und Gehörs-Illusionen reine Urtheilsfehler über an sich richtige Wahrnehmungen sind, oder ob eine wirklich fehlerhafte, phantastische Apperception von Aussendingen stattgefunden hat, ob eine wahre Sinnestäuschung gegeben ist.

Unter den optischen und akustischen Illusionen lassen sich solche unterscheiden, welche von einem a priori undeutlichen Eindrucke ausgehen und andere, die einen völlig präcisen Reiz der Aussenwelt verfälschen. Das Phantasma liefert eine abundante Vervollständigung des von vorn herein undeutlichen Eindrucks. Andererseits bietet aber die Aussenwelt völlig scharfe Objecte und dennoch findet Illusion statt. In diesem Falle kann die Unvollkommenheit der Wahrnehmung nur im Individuum selbst begründet sein. Das Phantasma liefert eine Vervollständigung des a priori deutlichen, aber durch den fehlerhaften Wahrnehmungsprocess um gewisse Bestandtheile betrogenen Eindrucks (Pareidolie, Nebenbildwahrnehmung — Kahlbaum). Bei der physiologischen Illusion findet ein solcher Bewusstseinsvorgang allerdings auch statt; jedoch nur so lange, als die Wahrnehmung schwach ist; wird sie deutlicher, dann schwindet die Illusion. Aus der physiologischen kann sich die phantastische auf zweifache Weise entwickeln: entweder dadurch, dass die Irritabilität der Erinnerungscentren zunimmt oder dadurch, dass der Kranke Eindrücke zuerst nur undeutlich, dann aber phantastisch appercipirt. (Emminghaus.)

2. Gesichtsillusionen.

§. 98.

Sie kommen als phantastische Umänderungen an sich undeutlicher Eindrücke, oder als fehlerhafte Wahrnehmungen von deutlichen Gesichtsobjecten vor. Letzteres findet statt, wenn Kranke, z. B. völlig fremde Personen am Tage als alte Bekannte anreden oder das Mienenspiel nahestehender Personen für Fratzen auffassen etc.

Die pathologische Personenverwechselung kommt besonders bei primären Psychosen, namentlich nach Snell ausnahmslos als Symptom der Tobsucht, sodann bei Melancholie, viel weniger bei Verrücktheit und Dementia zur Beobachtung. Eine von Kahlbaum in den betreffenden Fällen nachgewiesene partielle Aehnlichkeit mit bekannten Persönlichkeiten unterstützt die Personenverwechselung.

3. Gehörsillusionen.

§. 99.

Sie treten ebenfalls in zwei Arten auf: als phantastische Vervollständigungen ungenauer oder als fehlerhafte Apperceptionen präciser akustischer Eindrücke. Subjective Gehörsempfindungen, wie Summen, Brausen, Klingen im Ohr, können vom Bewusstsein richtig beurtheilt werden. Verlegt der Kranke jedoch diese Eindrücke in die Aussenwelt und hört er allerhand

Bestimmtes aus diesen subjectiven Empfindungen heraus, dann ist der Bewusstseinsvorgang als Illusion zu bezeichnen. Z. B. schrieb ein Melancholiker (Dagonet cit. von Emminghaus): „Ich bin ein verworfenes Wesen, alle Stimmen in der Natur wiederholen es mir, die Vögel sagen mir es jeden Tag." — Auch die subjectiven Geräusche bei acuter Anämie, bei Infectionskrankheiten, Intoxicationen (Chinin) etc. können derartige Illusionen hervorbringen.

4. Geruchsillusionen.

§. 100.

Bei denselben kann es sich um verfälschte Apperception handeln, weil die gelieferten Gerüche einige Empfindungsbestandtheile mit denjenigen gemein haben können, welche der Kranke nennt. Andererseits wirkt krankhafte Urtheilstäuschung wesentlich mit. Die letztere liegt ganz sicher vor, wenn z. B. Melancholische an einem Orte, wo notorisch Gestank, vielleicht sogar noch Schwefeldämpfe vorhanden sind, sich im Pfuhl der Hölle wähnen. Falret glaubt, dass bei der Nahrungsverweigerung Geisteskranker (namentlich im Beginn der Störung) Geruchsillusionen mitspielen. Er lässt dabei die Möglichkeit einer verfälschten Wahrnehmung ebensowohl wie einen Urtheilsfehler bei normalem Eindrucke zu.

5. Geschmacksillusionen.

§. 101.

Mit ihnen ist es ganz ähnlich. Wenn Wein als Essig bezeichnet wird, und umgekehrt Essig als Wein etc., so ist immer noch eine Möglichkeit der Verwechselung infolge falscher Wahrnehmungen bei diesen Vorgängen gegeben. Wenn aber das Essen vielleicht wegen seines etwas scharfen Geschmacks für Gift gehalten wird, so handelt es sich wohl immer um eine Urtheilstäuschung, die aus deutlichen Eindrücken hervorgeht.

6. Die Illusionen des Tastapparates und der sensiblen Nerven.

§. 102.

Wenngleich bei den Erscheinungen der Haut und der Eingeweide, sofern sie nicht auf Anaesthesie beruhen, eine stricte Scheidung in Hallucinationen und Illusionen nicht möglich ist, so sind sie doch durchweg als Illusionen zu betrachten, indem die specifische Anomalie eben in der falschen Auslegung von Empfindungen, wie sie auch beim Gesunden oder in den verschiedensten Krankheitszuständen vorkommen, besteht. Der Anfang dieser Illusionen besteht darin, dass gewisse schmerzhafte Empfindungen von dem Kranken auf phantastische Weise mit

analogen Vorgängen nur verglichen werden. So sagen die Hypochondristen anfangs nur, es sei ihnen, als ob Schlangen in der Haut liefen, Frösche im Unterleib wären, als ob in der Brusthöhle ein Vogel pfiffe, oder — eine Aeusserung, die Verf. einmal vernahm — ein junger Hummer im Kopfe Wasser schlürfe. Aber die Anfangs bildliche Vergleichung wird bei starkem und anhaltendem Fortbestehen jener Empfindungen, unter dem Einfluss äusserlich begünstigender Umstände und innerlich zunehmender Verstimmung, nach deren Grund sich das Individuum bald ernstlicher umsieht, zum ausgebildeten Wahn: Es entstehen dann aus anomalen Hautsensationen oder einem krankhaften Muskelspiele Wahnideen, in denen jene Sensationen entweder einer innerlichen phantastischen Ursache (Spinnen, Grillen und anderen Thieren im Körper, Besessensein einzelner Organe von einem bösen Geiste u. dgl.) oder äusseren Einwirkungen beeinträchtigender Art (fremden Magnetiseurs, boshaften physikalischen Versuchen etc.) im Ernste zugeschrieben werden. So sieht man dann aus einzelnen Schmerzen in der Haut den Wahn, gestochen oder geprügelt zu werden, am Arme gefasst oder angebunden zu sein, aus anomalen Abdominalsensationen die Idee, dass der Teufel, das jüngste Gericht, die Kreuzigung Christi u. dgl. im Unterleibe des Kranken vorgehe, entstehen. Die Einreibung mit Hexensalben brachte im Mittelalter den „Wahn“ der Lykanthropie insofern mit zu Stande, als die Sensationen in der Haut das Wachsen von Haaren vortäuschten.

Als Substrat dieser hypochondrischen Sensationen muss man Lage- und Texturveränderungen in vegetativen Organen annehmen; namentlich sind es Störungen der Verdauungswege, Knickung und abnorme Lagerung der Därme, Obstipation, Hämorrhoiden, chronische Peritonitis, Kolikschmerzen, Lageveränderungen des Uterus, Neubildung an den Genitalien u. a. m.

Eine Kranke Esquirol's hatte diesen Wahn: „Ich kann es kaum aushalten,“ sagte sie zuweilen, „wann wird endlich Friede in der Kirche sein!“ — Ein Kranker in Winnenthal schrie Monate lang fort: „Hör' auf und lass' mich gehen!“ Er glaubte bald von einem Wesen, das ihm im Bauche sitze, gequält, bald von imaginären Ochsen mit den Hörnern gestossen zu werden. Alle Theile des Körpers können zum Ausgangspunkte solcher Wahnideen werden. Ein junger Mann gab Verfasser an, er habe gefühlt, wie der Teufel, rauh und borstig, ihm in den Hals gefahren sei (globus hystericus?): ein anderer (bei Sinogowitz) verstopfte sich Nachts die Nasenlöcher, weil ihm bösartige Würmer in die Nase kröchen; eine Frauensperson, von der Bergmann erzählt, sah in ihrer Brust ein feuriges, rundes Wesen sich stets im Kreise herumdrehen u. dgl. m.

Eine besondere Beachtung verdienen die sexuellen Illusionen, indem aus geschlechtlichen normalen oder anomalen Sensationen bei männlichen Kranken häufig der Wahn, von Anderen zur Onanie angetrieben zu werden,

bei weiblichen der Wahn der Schwangerschaft, der stets bevorstehenden Geburt, der geschlechtlichen Vereinigung mit einem imaginären Geliebten, des Umgangs mit dem Teufel etc. sich herausbildet, indem jene Sensationen überhaupt zur häufigen Quelle des sexualen Wahnsinns, mag er sich in der Form der Sentimentalität oder der Nymphomanie äussern, werden. Im Mittelalter führten abnorme geschlechtliche Empfindungen zum Wahne der Incuben und Succuben. Pruritus vulvae kann das Gefühl, geschändet zu werden, erwecken. Bei Onanisten kommt es häufig zur Täuschung, dass ihnen der Samen abgetrieben wird. Eine genaue Untersuchung der als krankhaft angegebenen Organe muss stets angestellt werden.

C. Zusammenfassung.[1]

§. 103.

Unter den Symptomen der Seelenstörungen nehmen die Sinnesdelirien eine wichtige Stellung ein; sie sind Störungen der psychischen Sinneswahrnehmung und hängen von Vorgängen innerhalb der Centralorgane ab. Mit dem Urtheile und Denkdelirien zusammen stellen sie die Störungen im objectiven Inhalte des Denkens und Vorstellens dar.

Neben ihnen stehen als Begleiterscheinungen der Psychosen die durch Anomalieen der peripherischen Sinnesthätigkeit hervorgerufenen Störungen, welche ebenso wie Hyperaesthesieen und somatische Krankheiten die Grundlage für Urtheilsdelirien abgeben können.

Mit Esquirol ist festzuhalten, dass Hallucinationen Sinnesdelirien, Illusionen Urtheilsdelirien über innerliche Objecte sind. Doch giebt es auch Illusionen über moralische, intellectuelle, überhaupt über abstracte Verhältnisse, und sie sind häufige und wesentliche Symptome. Die Hallucinationen entsprechen in ihrer Mannigfaltigkeit der vielfachen Gliederung der centralen Wahrnehmungsgebiete im Gehirn. Jede, auf physikalischer Bewegung beruhende, objective Einwirkung der peripherischen Nerven wird durch das dem betreffenden Sinne entsprechende Organ der Perception oder psychischen Metamorphose zu psychischer Qualität umgewandelt und durch das Organ der Apperception des Gedächtnisses oder der Erinnerung zu bleibendem Eigenthum des psychischen Innern; hier sinken die secundären Erregungen auf das niedrigste Maass der ruhenden Bewegung, um durch neue Erregungen von innen oder aussen zu grösserer Intensität anzusteigen. Zwischen den Organen der Per- und Apperception der einzelnen Sinne ist eine Verbindung anzunehmen, auf welcher die Gleichsinnigkeit der verschiedenen Sinneseindrücke beruht. Die Organe der Perception sind gewisse

[1] Vgl. Kahlbaum: Sinnesdelirien.

an der Hirnbasis, im Hirnstamm und in dem Rückenmark gelegenen Gebilde grauer, vorzugsweise ganglionärer Substanz, die in der Entwicklung als primäre Organe auftreten und durch die ganze Reihe der Wirbelthiere in analogen Formen vorhanden sind. Die Organe der Apperception sind gewisse Parthieen der Rinde des Grosshirns in der Nähe der grossen Hirnspalte, die in der Entwicklung zu den secundären Gebilden gehören und in der Reihe der Wirbelthiere je nach der höheren Stellung des Thieres um so grösser und feiner entwickelt sind. Neben der centripetalen Richtung der Wahrnehmungsthätigkeit giebt es eine Function der centrifugalen Richtung, auf welcher die Aufmerksamkeit und die Versinnlichung gedachter Objectivvorstellungen, die Reperception beruht. Die Sinnesdelirien zerfallen in 2 Gruppen: A. directe, bestimmte, B. indirecte, unbestimmte.

A. Die directen, unmittelbaren Hallucinationen können in statu nascendi beobachtet werden, und es reicht für ihre Entstehung der subjective Reiz in einer Sinnesbahn aus. Sie haben: 1. subjectiven Charakter, wechselnden Inhalt, verbunden mit Phantasmen in anderen Sinnen. Von dem subjectiven Bewusstsein und der Phantasie (Phantasmie) wird die reproductive, centrifugale Sinnesthätigkeit der Reperception erregt (Centrifugal-Hallucination). Je nachdem die Hallucination ohne äussere Veranlassung oder durch einen gleichgiltigen Gegenstand erregt ist, ist sie freie oder angelehnte Phantasmie; 2. objectiven Charakter, gleichbleibenden, einfachen Inhalt, den der Reiz eines Sinnes hergiebt; sie entstehen durch spontane Erregung der Perceptionsorgane in der Nähe der Sinnesnervenwurzeln, welche centripetal auf das Bewusstsein ebenso gewaltig wie ein objectiver Gegenstand wirkt (Phantomie).

(Centripetal-Hallucination.) Sie ist entweder anhaltend, oder tritt nur infolge körperlicher oder gemüthlicher Erregtheit, oder durch rege Fixirung der Aufmerksamkeit auf (stabile, erethische, functionelle Phantomie).

B. Die mittelbaren, indirecten, unbestimmten Hallucinationen hängen entweder von der vorhergehenden Erregung in einem anderen Sinnesgebiet ab (Reflexhallucination), oder eine sinnliche Trug-Erinnerung tritt mit oder ohne bestimmten Inhalt spontan auf (concrete und abstracte Phantasmie), oder es wird durch den objectiven Reiz eines individuellen Gegenstandes der verwandte, aber lückenhafte Inhalt einer subjectiven Vorstellung vervollständigt (Verwechselungs-Hallucination, Nebenbildwahrnehmung, Pareidolie).

Die als Illusion bisher aufgeführten Erscheinungen sind nur zum kleinsten Theil wirkliche Sinnesdelirien (partielle Hallucinationen), zum grössten Theil reine Urtheilsdelirien, zu einem kleinen Theil falsche

Urtheile auf Grundlage mangelhafter Wahrnehmungen, oder in den peripherischen Sinnesorganen und in äusseren Verhältnissen bedingte Täuschungen. Das Wesen der Illusionen besteht in der Fälschung des Urtheils durch Einwirkung der Leidenschaften oder der subjectiven Stimmung auf die Thätigkeit der Intelligenz.

D. Das Phänomen des Gegensatzes der deliranten Ideen.[1]

§. 104.

Es tritt ausgesprochen bei an Verfolgungswahnsinn Leidenden auf, indem Hallucinationen gegenüber, welche einen aggressiven Inhalt haben, zugleich durch andere Stimmen Beistand oder Abwehr verkündet wird. Im Allgemeinen schliessen sich die tröstenden oder Hülfe verheissenden Stimmen unmittelbar an die feindlichen an. Andere Sinne können bei dem Zustandekommen der Abwehr- oder Beistandsvorstellungen mit betheiligt sein. Ein Kranker glaubte aus dem Chloroformschlaf, in welchen ihn seine Feinde versenkt hatten, durch Zupfen am Ohr erweckt zu sein. Diese Erscheinungen können weit über die blosse Gefolgschaft der Hallucinationen hinausgehen und im Krankheitsbilde bis zum Parallelismus in den Vordergrund treten. Bei melancholischen Zuständen fällt die Idee der Vertheidigung fort, der Antagonismus äussert sich hier in dem Widerspruche gegen das jeweilig Gedachte oder Gewollte durch „innere Stimmen“, von denen zuweilen deutlich eine gute und eine böse bezeichnet wird. Der Gegensatz betrifft also bei den Depressionsaffecten statt der mit dem Wesen des Individuums nicht zu identificirenden Hallucinationen das innere Wesen des Individuums selbst. Die inneren Stimmen widersprechen dem Charakter, dem moralischen Inhalt der Person, welche melancholisch erkrankte; darin beruht auch die Erklärung, dass naivere Individuen in diesen, ihrem früheren innersten Empfinden entgegengesetzten Vorstellungen leicht das Wirken eines fremden Einflusses erblicken. Personificirung dieses Einflusses öffnet den Ausblick in die Umwandlung der Krankheit in anderweitige Form.

Grundverschieden von dem oben beschriebenen Zustande ist jener, der durch das Empfinden dialogisirender Stimmen hervorgerufen wird. Die Erscheinung, dass manche Hallucinanten die eigenen Gedanken als akustische Eindrücke empfinden, wird Veranlassung einer anderweitigen antagonistischen Auffassung, indem solche Kranke sich beklagen, dass ihre Feinde ihnen die Gedanken stehlen. Die psychischen Hallucinationen (inneren Stimmen) können ausserdem noch die Färbung der erkrankten Persönlichkeit verändern, ohne dass es zu dualistischen Vor-

---

[1]) Vgl. Séglas und Besançon, Kahlbaum.

stellungen kommt. Durch diese inneren Stimmen mag sich die geläufige Erscheinung der Compensation und der Grössenideen der Verfolgten erklären, welcher Vorgang einer gewissen Aehnlichkeit mit dem Auftreten der Abwehr- oder Beistandsvorstellung aus früheren Phasen der Krankheit nicht entbehrt.

Anhang.

Wechselwirkung zwischen verschiedenen Sinneserregungen.

§. 105.

Interessant sind die Beobachtungen, welche über den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen gemacht sind. Es ist erwiesen, dass Zuleitung tiefer und besonders hoher Töne während des Sehens Sehschärfe und Farbensinn steigert. Auch die übrigen Sinnesempfindungen erleiden durch gleichzeitig einwirkende Stimmgabeltöne merkliche, aber nicht constante Intensitätsschwankungen, ausnahmsweise auch qualitative Veränderungen.

Die ersten Beobachtungen dieser Art machte im Jahre 1873 J. A. Nussbaum an sich und seinem Bruder. Eine jede Gehörsempfindung, sei sie Klang, Ton oder Geräusch, sei sie durch das Gehörorgan oder durch innere Reizung übermittelt, erregt uns zugleich, sogar im Traume eine Lichtempfindung. Und zwar empfand Nussbaum für jeden bestimmten Ton auch immer dieselbe bestimmte Farbe; am meisten treten die Farben blau und gelb, seltener braun und violett auf. Ueber den Ort, wo die Farben von ihm gesehen werden, sagt Nussbaum: Sie werden in mir, von mir im Bewusstsein empfunden.

Blaiter und Lehmann nennen jene Erscheinung und ihnen ähnliche z. B. die umgekehrte, Secundärempfindungen und Secundärvorstellungen, und belegen eine Lichtvorstellung infolge einer Schallempfindung mit dem Namen Schallphotisma, eine Schallvorstellung bei Gesichtswahrnehmung mit dem Namen Lichtphonisma und unterscheiden weiter Geschmacksphotismen und Geruchsphotismen, sowie Farben- und Formvorstellungen für Schmerz-, Wärme- und Tastempfindungen und Farben- für Formvorstellungen. Im Ganzen ergab sich die Tonhöhe als wesentlich für die Art des Photisma, indem die höheren Töne hellere, die tiefen dagegen dunkle Lichtempfindungen hervorriefen. Diese Lichtempfindungen sind aber in der Nuance, Intensität und Durchsichtigkeit ausserordentlich verschieden. Den Ort, wo jene Photismen gesehen werden, verlegen alle, aber nicht etwa analog einer Hallucination ins Gesichtsfeld, sondern ins Gehörfeld. Zwei Personen verlegten das Photisma in den Kopf. Eine andere über die Augen in die Stirn. Offenbar handelt es sich bei diesen

Secundär-Empfindungen weniger um ein wirkliches Sehen, als um ein zwangsmässiges lebhaftes Vorstellen einer Farbe. Aehnlich den musikalischen Klängen verhalten sich die Vokale; I und E haben helle, U hat dunkle Farben, A und O stehen in der Mitte.

Phonismen, die durch Lichtempfindung erzeugten Schallwahrnehmungen, sind viel seltener. Sie zeigen insofern eine ähnliche Gesetzmässigkeit, dass sich helle Lichter im Allgemeinen mit hohen Tönen verknüpfen. Mit den Farben der Lichterscheinungen verbinden sich in der Regel bestimmte Vocale mit ihren Bewegungsformen oder mehr bestimmte Geräusche. Phonisma und Photisma sind nicht ohne Weiteres umkehrbar, d. h. wenn Blaiter z. B. mit dem Vocal O die Farbe gelb verbindet, so hört er nicht etwa, sobald er die entsprechende gelbe Farbe sieht, ein O.

§. 106.

Mit Geschmacks- und Geruchs-Wahrnehmungen verknüpfte Lichtempfindungen, Photismen treten besonders dann auf, wenn die Geruchsempfindung überraschend kommt, z. B. Aufstossen von Magensaft; angenehme, feine Gerüche und Geschmacksempfindungen rufen wenig gesättigte Farben (wie rosa, lila, hellblau) wach, für salzig und süss dominiren helle Farben; bitter erscheint fast stets dunkelbraun bis schwarz. Für sauer werden helle und dunkle Farben gleich häufig angegeben. Die gesehene Farbe wird in die Mundhöhle resp. in die Nase versetzt. Häufig denkt man sich auch den duftenden Körper davon umgeben oder den Raum, den der Geruch erfüllt, von dem zugehörigen Lichte überstrahlt. Durch den Tastsinn werden Photismen so häufig wie durch den Geruchs- und Geschmackssinn hervorgerufen. Punktförmige Tastempfindungen erscheinen gewöhnlich heller als ausgebreitete oder schwer localisirbare, Schmerzen rufen meist lebhafte, glänzende, oft grelle Farben hervor. Diese Vorgänge sind durchaus centraler Natur. Ein durch einen Klang hervorgerufenes grelles Licht verengert die Pupillen nicht. Von 383 männlichen und 213 weiblichen Personen zeichneten sich $12^1/_2{}^0/_0$ und zwar besonders jüngere, gebildete Leute durch jene Secundär-Empfindung aus.

Es handelt sich bei diesen Erscheinungen nicht um einfache Associationen. Die dem Hörnerv z. B. entlang gehende Empfindung gelangt zwar normal in das Gehörcentrum, gleichzeitig werden aber auf diesem Wege von einer oder mehreren Stellen stets dieselben Nachbarstationen kräftig mit angeläutet. Der Wille kann jene Nebenwege weder absperren, noch andere Nebenwege eröffnen. Für gewöhnlich wird zwar auch bei jeder Sinneserregung an anderen Stationen angeläutet, aber nur schwach, und je nach dem Willen bald mehr hier, bald dort. Wir

associiren mit einer Sinnesempfindung eine andere, aber sie tritt nicht als etwas Wesentliches in unser Bewusstsein.

Nach Urbantschisch lässt sich nicht selten eine auffallende Beeinflussung der Farbenempfindung und Sehschärfe durch gleichzeitige Gehörserregung feststellen. Auch auf Geruch und Geschmack wirken Gehörsempfindungen ein, jedoch nicht so häufig, desgleichen auf Tast- und Temperatur-Empfindungen. Aehnlich wirken Gesichtsempfindungen auf die übrigen Sinnesempfindungen zurück. In der Regel hört man besser, wenn zugleich das Sehorgan gereizt wird. Vorhalten eines gelben und blauen Glases vor die Augen schwächt, roth verstärkt die Gehörsempfindung. Ebenso wurde der Geschmack des Süssen durch Roth und Grün gesteigert, durch Gelb und Blau herabgesetzt. Auch das durch Eintauchen der Hand in warmes Wasser erzeugte Wärmegefühl wird durch Roth und Grün und jede intensive Beleuchtung erhöht, durch Blau und Violett vermindert. Das an verschiedenen Körperstellen vermittelst eines Haares erzeugte Kitzelgefühl wird durch Verschluss der Augen herabgesetzt. Ferner sollen die verschiedenen Farben auch unmittelbar auf die Gemüthsstimmung wirken. Auch Einflüsse der Geruchs-, Geschmacks-, Tast-, Schmerz- und Temperatur-Empfindungen auf die anderen Sinnesorgane lassen sich nicht leugnen. Diese Erscheinungen sind zwar den Secundär-Empfindungen ähnlich, aber nicht mit denselben auf eine Stufe zu stellen. Es fehlt das bestimmte Zweckmässige und Wesenhafte, wie es offenbar die Photismen aufweisen.

DRITTES CAPITEL.

Parabulieen.

Störungen des Strebens und Wollens.[1]

I. Physio-pathologische Vorbemerkungen.

§. 107.

Gefühle und Vorstellungen vermögen active psychische Lebensäusserungen auszuüben, welche als Lebens- und Willensimpulse bezeichnet werden.

Den Drang, das Bedürfniss zur Muskelbewegung, zum Handeln infolge der aus dem Organismus selbst kommenden sensitiven Anstösse begreift man unter dem Namen der (sinnlichen) Triebe; die einfachsten und verständlichsten sind der Nahrungstrieb und der Geschlechtstrieb, ganz dunkel und in ihren Ursprüngen unerforscht sind die Kunsttriebe vieler Thiere. Doch sind es immer, wenigstens beim Menschen, nicht

[1]) Emminghaus §§. 102—113, v. Krafft-Ebing p. 84 f., Schüle u. A. m.

allein die Empfindungen als solche, sondern auch dunkle, mit ihnen zusammenhängende, schon von ihnen geweckte Bewegungen im Vorstellen selbst, welche die Grundlage des Triebes geben, Bewegungen, die man zum Theil als Gefühle bezeichnet, bei denen aber deutliche Vorstellungen der betreffenden Objecte ganz fehlen können.

Im Menschen ist der unmittelbare Uebergang dieser Empfindungen in Bewegung dem Einwirken der Vorstellungen in höherem Maasse offen gelassen, und durch sie treten Pflicht und Sitte mahnend und regierend zwischen die sinnlichen Triebe. Aber es giebt Umstände, wo jene ihre Macht verlieren. Geisteskranke, bei welchen der Einfluss der Vorstellungen auf diese Triebe geschwächt, dagegen vielleicht die sensitiven Anstösse derselben verstärkt sind, sehen wir oft z. B. den Nahrungstrieb oder den Geschlechtstrieb mit offenster Rücksichtslosigkeit äussern; manche traurigen Beispiele (von Schiffbrüchigen etc.) haben gezeigt, wie der Nahrungstrieb, auf's Höchste gesteigert, die Mahnung, welche ethische und ästhetische Vorstellungen ihm entgegensetzen, trotzig überspringt, und auch ohne solche Verwilderung, für den Menschen des gesitteten Lebens ist es ein wahres Wort, dass Hunger und Liebe die stärksten Motive seines Handelns sind! In der Begierde und im Trieb streben, insofern sie nicht sogleich erfüllt werden, gewisse Vorstellungsmassen (des zu erreichenden Zustandes) gegen die ihnen widerstehenden Gegensätze an, und die Spannungsverhältnisse zwischen den Vorstellungen werden hiermit erheblich verändert. Daher werden durch die Triebe mit grösster Leichtigkeit stärkere oder schwächere, anhaltendere oder vorübergehendere Gemüthsbewegungen gesetzt, und indem die Triebe und die von ihnen geweckten Gefühle sich dem Vorstellen beimischen, nimmt dieses schon ein bewegliches, nach aussen drängendes Element in sich auf, bekommt zugleich etwas Warmes, Sinnliches, und es ergeben sich aus diesen Mischungen ganz neue Seelenzustände.

Die Verhältnisse des Verkehrs beider Geschlechter bieten hierfür ein gutes Beispiel. Das ästhetische Wohlgefallen an einer Individualität anderen Geschlechts oder die verständige Ueberzeugung von deren Vorzügen werden erst durch die Einmischung sexueller Empfindungen und Regungen zu dem neuen Seelenzustande, den man im Ganzen als Liebe bezeichnet, und der mit dem Erlöschen der sexuellen Empfindungen auch aufhört.

Es hat nichts Widersinniges, einzelne Orte im Gehirne als Sitze der sinnlichen Triebe aufzusuchen; es müssten diejenigen sein, wo gewisse Empfindungsnerven und ihre centralen Ausbreitungen, z. B. die des Vagus, die der Sexualorgane mit den motorischen Apparaten zusammentreffen.

Bei Geisteskranken sieht man sehr oft nicht nur den Nahrungs- und Geschlechtstrieb rücksichtslos sich äussern, es kommen auch neue, namentlich dem früheren Leben des Individuums fremd gewesene, stehende Neigungen zu gewissen Handlungen vor, so z. B. das beständige Sammeln (von allen möglichen Kleinigkeiten, Federn, Lumpen, Papier etc.), das an die Sammel- und Kunsttriebe mancher Thiere erinnert und seinem

psychischen Ursprunge nach gleich sonderbar und räthselhaft wie diese ist. Ueberhaupt nimmt das Thun der Geisteskranken in den Zuständen von Irresein, wo viel äusserlich gehandelt wird, wie in den maniakalischen Zuständen, einen nach Jacobi's treffendem Ausdrucke, fast durchaus triebartigen Charakter an, und sehr auffallend ist oft der damit übereinstimmende Ausdruck der Physiognomie, der ganzen Mimik, die häufig an den Habitus und die Geberden einzelner Thiere erinnert.

§. 108.

Während auf der frühesten Stufe Begehren und Streben nur auf sinnliche Lust gerichtet sind, erstrecken sie sich später auf alle Gefühle, deren überhaupt der Mensch fähig ist. Sowohl das sinnliche, wie das intellectuelle Streben ist Anfangs rein triebartig, instinctiv; das Individuum wird nur von Lustgefühlen beherrscht. Der begehrte Lustzustand wird nun in vielen Fällen herbeigeführt werden, in anderen wieder nicht, daher denn auch im ersten Falle der Trieb leicht zur Verirrung führt. In den verschiedenen Lebensabschnitten ist das sinnliche und intellectuelle Begehren der Qualität und Intensität nach verschieden; ganz specifisches Streben und specifische Abneigungen hängen zumal vom Geschlechtstypus und der Entwicklung der Sexualorgane ab. Durch öftere Wiederholung der einmal abgelaufenen Erregungsprocesse befestigen sich die Begehrungen und Strebungen und werden nach und nach zur Gewohnheit. „Die Macht der Gewohnheit degradirt auch viele motorischen und psychischen Acte, welche Anfangs willkürlich waren, zu triebartigen, instinctiven, die dann gleichsam zur „andern Natur" werden; den triebartigen, instinctiven Acten stehen gegenüber die willkürlichen Handlungen" (Emminghaus).

In den Trieben sind es nicht einzelne distincte, klare Vorstellungen, sondern es sind Empfindungen und Gefühle, die Bewegungsanschauungen erregen und damit das motorische Nervenagens nach den Muskelgruppen determiniren. Wenn aber die bewussten deutlichen Vorstellungen selbst durch die Einmischung von Bewegungsanschauungen eine Beziehung auf die Muskelbewegung erhalten, so nennt man diesen Vorgang — das Wollen.

Dies ist wenigstens der einfachste Fall und der Grundvorgang des Wollens. Die Bewegungsimpulse gehen hier nicht mehr aus Empfindungsreizen hervor, sondern aus Motiven, d. h. aus complexen, dem Bewusstsein gegenwärtigen Vorstellungen, wobei aber auf der niedersten Stufe das Motiv noch dem Reiz nahe verwandt ist (vergl. Schopenhauer, Grundprobleme der Ethik p. 41). Im Wesentlichen ist es doch der nämliche Vorgang wie bei der Reflexaction. Schon in seiner ersten Arbeit über psychologische Gegenstände (Archiv f. psychologische Heilkunde II. 1843 p. 76) hat Verfasser die motorische Seite des Seelenlebens als eine Stufenfolge nach gleichem Princip erfolgender Hergänge von den einfachsten Reflexactionen an bis zu den bewusstesten Willensacten dargestellt und damit zuerst diese Grundthatsache des ganzen psychischen Lebens aufgezeigt. Unter den Philosophen wird man im Wesentlichen die gleiche

Anschauung be einem Denker finden, der gewiss dem Willen keine niedere Stelle anweist (Schopenhauer, Ueber den Willen in der Natur. 2. Ausg. 1854 p. 24 und in den Grundproblemen der Ethik l. c.), in dem ausgezeichneten Werk über Nervenphysiologie von Schiff (Lehrbuch der Physiologie 1858 p. 216 ff.) ist die gleiche Auffassung zu finden. — Vieles beruht beim Irresein auf Störungen in den normalen psychischen Reflexen, ohne dass immer das ganze höhere Seelenleben in die Krankheit hineingezogen zu sein braucht; Guislain (Leçons orales II. 1. p. 169) ist derselben Ansicht.

Den deutlichen sinnlichen Vorstellungen gesellen sich jene Bewegungsanschauungen zu; aber auch in das Vorstellen, das nur in abstracten Gesammteindrücken, die durch Worte bezeichnet werden, besteht (das begriffliche Vorstellen), können Bewegungsbilder eingehen. Diese sind dann aber gleichfalls nur dunkle Gesammteindrücke aus grossen Summen von Bewegungsanschauungen, die einzeln noch durchaus nicht geschieden, sondern wie zusammengewickelt darin enthalten sind; soll es zum Ausführen des begrifflichen Vorstellens kommen, so muss jener Gesammtinhalt in eine Menge einzelner, vorher noch gar nicht zu bestimmender Bewegungsbilder aus einander gehen.

So verhält es sich überall, wo Abstractes gewollt wird: tugendhaft sein wollen, sein Examen machen wollen etc. d. h. den Begriff der Tugend, des Examens realisiren wollen; wo immer dies ein wirkliches Wollen und kein blosses Darandenken ist, da ist mit dem Begriff eine dunkle Masse noch verschmolzener Bewegungsanschauungen gemischt, die dann bei der Ausführung in ein sehr mannigfaltiges, einzelnes Wollen sich auflösen muss. Das Wollen des Zwecks breitet sich aus einander in das Wollen der einzelnen Mittel, und dieses endlich löst sich in zahllose einzelne Bewegungen auf.

§. 109.

Die Vorstellungen gehen in ein Streben und Wollen über nach einem innern Zwange, indem wir auch hier auf dem innerlichsten Gebiete des Seelenlebens das Fundamentalgesetz der Reflexaction erkennen. Wir müssen wollen. Den Geistesgesunden drängt und treibt es, seine Vorstellungen zu äussern, sie in Handlungen zu realisiren und damit sich ihrer zu entäussern. Ist dies geschehen, so fühlt sich die Seele erleichtert, befreit; sie hat sich durch die That ihrer Vorstellungen entledigt und ihr Gleichgewicht ist nun wieder hergestellt. Eine merkwürdige Grundthatsache des psychischen Lebens, welche die innere Erfahrung jedes Menschen kennen muss. Sie zeigt sich ebenso im Künstler, den seine Idee, der Drang „der ungebornen Welt“ Jahre lang ruhelos beschäftigte, dem aber das vollendete, gelungene Werk fremd und gleichgültig wird, wie in jenem Unglücklichen, den der Gedanke einer zu begehenden schweren Unthat in die quälendsten inneren Kämpfe versetzte, dem aber mit der Ausführung augenblicklich die Ruhe wiederkehrt.

Es giebt auch ein Gedächtniss des Strebens und Wollens, eine Reproduction der Bewegungsanschauungen, die sich unter gewissen Umständen immer wieder in die Vorstellungen einmischen. Unter den verschiedenen Menschen herrscht grosse Verschiedenheit in dem Maasse der Leichtigkeit und Stärke, mit der die Bewegungsanschauungen sich geltend machen; Trägheit bis zur Willenlosigkeit.

Alles Streben zusammen, die Triebe und das Wollen, bilden die centrifugale, motorische Seite der Seelenthätigkeit. Die individuelle Beschaffenheit dieser Seite des Seelenlebens bildet zu grossem Theile das, was man den individuellen Charakter nennt. Diese Vorgänge haben schon sehr grosse Aehnlichkeit mit den Vorgängen im wirklichen, musculo-motorischen Nervensysteme, während das reine Vorstellen weit mehr Gemeinsames mit dem Geschehen in den Sinnesnerven hat. Man findet daher beim Streben dieselben Kategorieen wieder, die als allgemeine Ausdrücke gewisse Zustände der Muskelbewegung bezeichnen. — Ermüdung und motorische Lähmung (Willensschwäche und Willenlosigkeit), tonischen Krampf (einseitig festgehaltenes Streben mit sonstiger Unbeweglichkeit), convulsivische Bewegung (krankhaft losgelassene Triebe, Begehrlichkeit, krankhafte Rastlosigkeit, Projectenmacherei und Thatensucht). Es ist aller Beachtung werth, dass häufig in Geisteskrankheiten diese motorische Seite des Seelenlebens und die musculo-motorische Thätigkeit in derselben Weise krankhaft verändert sind, dass also Willenlosigkeit mit allgemeiner motorischer Subparalyse, ein krankhaft erhöhtes Wollen mit verstärkter und lebhafterer Muskelaction zusammen vorkommt (z. B. in maniakalischen Zuständen); ein anderes Mal springt dieselbe Affection von einem auf das andere Gebiet über, z. B. dem epileptischen Anfalle von Convulsionen folgt auf dem Fusse ein psychisch-convulsivischer Zustand, ein heftiger Tobanfall. Ebenso wieder hat Rückenmarksschwäche sehr gewöhnlich auch Willensschwäche, Verzagtheit und geistige Energielosigkeit zur Folge.

§. 110.

Wie aber die Empfindungen und Gefühle um so eher zu Trieben werden, je stärker sie sind, so entwickelt sich aus den einzelnen Vorstellungen um so eher ein Wollen, je stärker und anhaltender sie sich geltend machen; deswegen erzwingen sich die stärksten Vorstellungen am Ende ihren Uebergang in Handlungen. Glücklicherweise aber ist im geistigen Leben dafür gesorgt, dass nicht jede Vorstellung diesen Grad von Stärke erlangt. Denn nach den Gesetzen der Ideenassociation treten auch die contrastirenden Vorstellungen auf, ziehen weitere, ihnen verwandte Vorstellungen nach, und es entsteht im Bewusstsein ein Widerstreit. Die ganze Vorstellungsmasse, die eben das Ich repräsentirt (§. 49), wird ins Spiel gezogen und giebt am Ende den Ausschlag, indem sie jene erste Vorstellung zurückdrängt oder begünstigt. Die Thatsache jenes Widerstreits im Bewusstsein, der am Ende durch das Ich entschieden wird, ist die Thatsache der menschlichen Freiheit. Jede Annahme einer absoluten Freiheit und jedes darauf gegründete Resultat ist irrig. Die menschliche Freiheit ist stets eine relative, und verschiedene Menschen sind in sehr verschiedenem Maasse frei. Ursprünglich ist der Mensch gar nicht frei; er wird es erst, indem er eine Masse wohlgeordneter, leicht von einander hervorzurufender Vorstellungen be-

kommt, und indem sich aus diesen ein starker Kern, das Ich, bildet. Zweierlei gehört also überhaupt dazu, damit das menschliche Handeln frei sei. Einmal eine ungehinderte Ideenassociation, damit sich um die vorhandenen Vorstellungen, die eben zum Wollen werden, andere neu entstehende sammeln und ihnen gegenüber treten können. Zweitens ein gehörig starkes Ich, das den Ausschlag geben kann, indem sein Vorstellungscomplex die eine Partei der streitenden Vorstellungen verstärkt und damit die andere zurückdrängt. Bei dem an Vorstellungen Armen und geistig Trägen geht die Freiheit in der traumartigen Monotonie der Gewohnheit zu grossem Theile unter. Der geistesschwache Mensch ist weniger frei, weil seinem Vorstellen die lebendige Association fehlt und opponirende Vorstellungen gar nicht oder nur sehr langsam sich wecken lassen. Das Kind ist weniger frei, wenn auch sein Vorstellen ein sehr thätiges ist, weil sich noch kein starkes Ich gebildet hat, das eine kräftige, fest geschlossene Vorstellungsmasse in den Streit senden könnte.

Es ist für den Arzt in forensischer Beziehung von äusserster Wichtigkeit, über das durch abstracte Behandlungsweisen der Sache so vielfach verdunkelte Wesen der menschlichen Freiheit sich klar zu werden. Der Inhalt dieses Paragraphen ist hierfür die Hauptsache. Die Freiheit besteht also wesentlich in einer Beeinflussung und Umgestaltung des (jeweiligen) Wollens, der (jeweiligen) in Reflexe drängenden Vorstellungsmassen durch andere Vorstellungen, vor allem durch den ganzen geschlossenen Vorstellungscomplex des Ich, in der Herrschaft des Ich über die gerade vorhandenen Bestrebungen, also in der Möglichkeit der Selbstbeherrschung. Je compacter und in sich einiger das Ich, je fester der Charakter, desto entschiedener ruft jenes sein Ja oder Nein in das Treiben der im Flusse befindlichen Vorstellungen. So ist der Satz zu deuten „die wahre Freiheit ruht in der Beschränkung“, nämlich in jener Beeinflussung durch das Ich; wo diese Beschränkung wegfällt, da drängen die jeweilig auftauchenden, oft nur auf den eben vorhandenen sinnlichen Anstössen beruhenden oder sonst desultorisch vorüberlaufenden (launenhaften) Vorstellungen ungehindert nach der motorischen Seite und erzwingen ihre Ausführung. Durch die verschiedensten körperlichen Einflüsse kann aber jene Beeinflussung durch das Ich vermindert, gehemmt, selbst ganz abolirt werden.

Wenn der Mensch sittliche Motive zur Richtschnur seines Handelns macht, so kann er dies nur thun, indem er die Masse der auf sein Sittengesetz bezüglichen Vorstellungen durch vielfache Reproduction und Uebung so mit allem seinem Vorstellen verknüpft, dass sie bei jeder stärkeren Gedankenbewegung auch mit in's Bewusstsein heraufgezogen werden; sie bilden alsdann einen wesentlichen, constituirenden Bestandtheil der Vorstellungsmasse seines Ich, und wenn ein Conflict im Bewusstsein entsteht, so treten sie nicht nur sogleich hervor, sondern sie haben auch überall im ganzen Inhalte des Ich etwas auf ihrer Seite. Im Verbrecher dagegen haben sich die egoistischen und gegen Andere feindseligen Vorstellungen allmählich so befestigt, dass sie immer leicht herauftreten, und das Ich hat einen Inhalt bekommen, dessen Hauptmasse nach der schlimmen Seite neigt. Man glaube nicht, dass ein solcher deswegen in jedem einzelnen Falle böse handeln müsse; auch in ihm ist die Ideenassociation thätig, und indem sie die Contraste zu seinen schlimmen Gedanken heraufführt, treten halb erstorbene Regungen des Gewissens, halb erloschene Bilder und Erinnerungen

aus besseren Zeiten, die in der Jugend erhaltenen Mahnungen zum Guten u. s. w. in's Bewusstsein und der Kampf kann hitzig genug werden. Am Ende freilich tritt das Ich auf die schlimme Seite; tritt es auf die gute, so — ist der Mensch kein Bösewicht, sondern ein Mann, dem man allerdings wohl thun wird, nicht gar zu viel zu vertrauen, der aber doch in diesem Falle seine schlimmen Gelüste brav überwunden hat. Die Stärke der opponirenden, sittlichen Motive kann aber nie im Voraus geschätzt werden; es giebt keinen absoluten Bösewicht; wohlwollende Neigungen haben der Zeit nach die Priorität in der menschlichen Natur; sie werden in keinem Menschenleben vollständig unterdrückt, und die Geschichte der Verbrechen zeigt, wie oft das kleine Gewicht einer Jugenderinnerung, eines alten Spruches oder Liederverses, der sich in den Gedankengang eindrängt, die unterdrückten sittlichen Vorstellungen mächtig heranzieht und damit die Schale des Guten sinken macht. Gäbe es einen Menschen, wie der alte Cenci in Shelley's Drama, so könnte bei ihm jedesmal der böse Entschluss als ein mit Nothwendigkeit erfolgender vorhergesagt werden; allein es giebt keinen solchen, und kein Geistesgesunder ist zum Verbrechen gezwungen.

§. 111.

Das normale Aufeinanderwirken des Vorstellens, wobei durch die im Flusse befindlichen Vorstellungen andere contrastirende oder überhaupt beschränkende geweckt werden, und wobei Alles in einem mittleren Grade von Stärke und Schnelligkeit vor sich geht, so dass im Bewusstsein überhaupt ein Streit entstehen kann, dass Denken und Reflexion, und damit ein Uebersehen von Vergangenheit und Zukunft möglich wird, bezeichnet man am besten als den Zustand der Besonnenheit. Man sieht leicht, wie sie eine der wesentlichsten Bedingungen der Freiheit ist. Es giebt nun viele Zustände, wo diese Besonnenheit geschwächt oder ganz aufgehoben ist. Dies ist mehr oder minder der Fall, einmal in den Affecten, die man noch zum physiologischen Zustande rechnet, dann in fast allen pathologischen Zuständen des Gehirns Die Alkoholintoxikation, die sympathischen Gehirnreizungen, die meisten tieferen organischen Erkrankungen seiner Substanz, besonders alle die Gehirnkrankheiten, mit denen wir es hier, als mit Geisteskrankheiten zu thun haben, stören das freie Spiel des Vorstellens, beschränken damit die Besonnenheit oder heben sie ganz auf. Sie thun dies auf sehr verschiedene Weise. Bald sind durch die Gehirnaffection einzelne Neigungen und Triebe direct zu maassloser Heftigkeit gesteigert (Geschlechtstrieb, Zerstörungstrieb), und gehen in Wollen und Handeln über, ohne dass irgend andere Vorstellungen neben ihnen hätten aufkommen können; bald geht alles Vorstellen in rapidestem Ablauf durch einander, und in dem Vorstellungsschwindel ist nichts Einzelnes so kräftig und andauernd, dass auch nur der Anfang eines wirklichen Widerstreits im Bewusstsein entstehen könnte. — Beides sieht man oft in den maniakalischen Zuständen, wo es dann im letzteren Falle oft auf die kleinsten Anstösse von aussen ankommt, in welcher Weise gehandelt wird. Bald ist das

Vorstellen so träge und das Ich so schwach, dass von dieser Seite die Voraussetzungen eines inneren Widerstreites fehlen — wie im Blödsinn. Bald sind durch die Gehirnaffection einzelne falsche Verknüpfungen von Vorstellungen, einzelne irrige Schlüsse so stehend geworden und haben sich so in die ganze Vorstellungsmasse des Ich verwebt, dass ihre Contraste ganz aus der Seele verdrängt sind, dass sie sich deshalb in alle Entschlüsse eindrängen, und das durch diese „fixen Ideen“ verfälschte Ich nun immer in ihrem Sinne den Ausschlag geben muss — dies ist bei den Paraphrenikern in ihren Terminalzuständen der Fall, in welchen ganz abrupte und rudimentäre paranoische Wahnideeen aus der tiefen geistigen Blödheit hervorleuchten, ferner auch in manchen melancholischen und maniakalischen Zuständen. Der Entschluss und die That erfolgen hier oft mit grosser Ruhe und mit äusserlich zweckmässiger Berechnung und Wahl der Mittel; dennoch fehlt die innere Besonnenheit, weil die falschen Voraussetzungen die Stärke zwingender Motive erhalten haben, und der Kranke sich ihrer durchaus nicht entledigen kann.

Hiermit sollen nur Beispiele gegeben, nicht alle Arten aufgezählt sein, in denen bei Geisteskranken die Besonnenheit aufgehoben wird. Vieles im geistigen Mechanismus ist noch ganz unbekannt; in manchen Zuständen von Irresein, von Rausch etc. scheinen ganz grosse Reihen von Vorstellungen, Pflichtgefühl, ästhetische Ideen etc. dauernd oder momentan vollständig weggenommen, ohne dass sich andere, starke Vorstellungsmassen nachweisen liessen, durch die jene vertrieben wären. Bei allen Geisteskrankheiten leidet die Besonnenheit vor Allem Noth, und eben damit die Freiheit. Dieser Verlust der Freiheit ist natürlich nicht das Wesen der krankhaften Processe selbst, sondern nur ein für unsern Verstand abstract ausgedrücktes Resultat der verschiedensten psychischen Störungen, das niemals die Bedeutung eines diagnostischen Merkmals haben kann. Auch ist die Besonnenheit bei den Geisteskranken in sehr verschiedenem Grade aufgehoben. Es giebt Zustände, die ohne die gröbste Zerreissung des Zusammengehörigen nicht von den Geisteskrankheiten zu trennen sind, z. B. ihre oft lange währenden, mässigen Anfangsstadien, viele Zustände tieferer Hypochondrie, in denen ein ziemlich starker Rest von Besonnenheit dem Kranken bleibt. Geisteskrankheit und völlige Unfreiheit ist also noch keineswegs dasselbe; das ärztliche Urtheil über solche Zustände darf aber überhaupt nicht die abstracten und starr von einander abzugrenzenden Begriffe des entweder Geisteskrank- oder Geistesgesundseins, des entweder Frei- oder Unfreiseins im Auge behalten, sondern es muss physiologisch das concrete Geschehen, die psychischen Hergänge selbst an ihre Quellen verfolgen, ihren Zusammenhang aus einander legen und ihre Resultate würdigen. Hierzu ist aber freilich eine in der Regel fehlende psychiatrische Bildung nothwendig.

Hier wäre die Lehre von der Zurechnung und Zurechnungsfähigkeit anzuknüpfen; ein näheres Eingehen auf diese Lehre liegt indessen nicht im Plane dieser Schrift, die Grundlagen für ihr Verständniss sind in den letzten Paragraphen gegeben. Einige Bemerkungen mögen indessen noch gestattet sein. — Wenn die Zurechnungsfrage gestellt wird, so ist es eine bis jetzt allerdings übliche Concession der Gerichtsärzte, sie auch zu beantworten. Der Natur der Sache nach hat aber der Arzt über diese ganz juridische Frage nicht zu urtheilen, sondern dem Richter, der über diese Frage entscheidet (den Geschworenen), nur das freilich vollkommen verarbeitete Material hierzu an die

Hand zu geben. Der Arzt kann also, wenn es ihm im Interesse der Sache scheint, die Beantwortung der Zurechnungsfrage ablehnen, und Verfasser selbst hat in einer Cause célèbre (Process Fahrner, Rottweiler Schwurgericht, December 1858) die Erklärung abgegeben, dass, wenn ihm die Zurechnungsfrage gestellt werde, er sie als eine nichtärztliche nicht beantworten werde. (Sie wurde dann auch nicht gestellt.) — Welche andere Frage ist also richtiger Weise den Aerzten vorzulegen? — Offenbar in den meisten Fällen die, ob hier Krankheitszustände bestehen, welche das Seelenleben überhaupt gestört und welche speciell die Freiheit des Handelns aufgehoben oder — mehr oder weniger beschränkt haben oder doch beschränken konnten? — Bei Beantwortung dieser Frage bleiben die Aerzte auf ihrem Gebiet, und sie enthält alles Wesentliche, was man von ihnen erfahren kann. Ist es dem (wirklich sachverständigen) Arzte nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft unmöglich, diese Frage bestimmt zu beantworten, so sage er stets diese Unmöglichkeit frei, unbekümmert um alle Folgen heraus! Er hat kein Interesse als das der Wahrheit. Er frage dabei nicht nach Dingen, die nicht seines Amtes sind und für die er keine Verantwortung hat, z. B. ob die Gerichte einen erwiesenermaassen Geisteskranken strafen wollen oder nicht, oder gar, wie das Strafmaass für den Angeklagten ausfällt etc. Die Richter (Geschworenen) sind an das ärztliche Urtheil nicht gebunden; für ihre Ueberzeugung bildet dasselbe nur ein Element neben andern; es wäre entsetzlich, wenn den oft so schlechten und widersprechenden ärztlichen Gutachten eine befehlende Wirkung auf den Ausgang der Criminalprocesse zukäme! Mögen die Aerzte doch nicht glauben, dass hierdurch der Einfluss ihrer Wissenschaft verringert werde: um so grösser wird er, je strenger sie sich auf ihrem Gebiete halten, auf das ihnen Niemand folgen kann! — Der Verfasser spricht aus forensischer Erfahrung.

II. Krankhafte Impulse, Monomanieen.[1])

§. 112.

Unter impulsivem, instinctivem Irresein versteht man die Unfähigkeit des Individuums, Vorstellungen, welche von mächtig wirkenden Trieben zurückhalten, nachzugeben, ihnen zu folgen, der Kranke hat die Herrschaft über sein Begehren verloren und wie das unvernünftige Thier giebt er sich demselben hin. Daher werden diese Zustände auch als instinctives Irresein bezeichnet.

„Die That, welche sich bald mehr als Willensact, bald mehr als Affectact äussert, erscheint immer überstürzt und meist auch dem Thäter unmotivirt.“ Entweder werden diese instinctiven Handlungen durch Sinnestäuschungen hervorgerufen behufs Abwehr oder aus Angst. Eine eigene Form dieser parabulischen Zustände bilden die Zwangshandlungen, unterschieden von den anderen impulsiven Handlungen dadurch, dass bei ihnen lucides Bewusstsein besteht. Bei den Raptus melancholici kommt der Kranke erst nach der That zu klarem Bewusstsein. Er fühlt sich dann von den ihn einengenden und beklemmenden Gefühlen frei, er weiss

---

[1]) Vgl. v. Krafft-Ebing p. 92, Kraepelin p. 128, Emminghaus §. 111: (Lehrbücher der Psychiatrie).

keinen Grund für sein Handeln anzugeben, er weiss nur, „dass ein Etwas ihn dazu trieb.“

Es führten die impulsiv ausgeführten Handlungen zu der Annahme einer partiellen Störung des Willens, zur Annahme der Monomanieen. „Untersucht man indessen, wie man es muss, die einzelnen bekannt gewordenen Fälle, wo Geisteskranke in gefährlichen und verbrecherischen Thaten (Mord, Selbstmord, Brandstiftung, Diebstahl) ihr Irresein äusserten, näher nach ihren Motiven, so fällt die grosse Verschiedenheit ihrer psychologischen Grundlagen in die Augen; man fühlt alsbald das Ungenügende, solche Fälle, je nach der Art der begangenen Handlungen, einem besondern Mord-, Brand-, Selbstmordtriebe etc. zuzutheilen, oder sie gar als reine Willenskrankheiten (Monomanieen im Sinne einer Läsion, eines Seelenvermögens des Willens) zu betrachten, und das Bedürfniss, sie nach den psychisch-krankhaften Grundzuständen, aus denen sie hervorgehen, getrennt zu beurtheilen.“ Nach dem heutigen Stand der Anschauungen ist eine Monomanie (Kleptomanie, Pyromanie etc.) nur ein Symptom einer bestehenden psychischen Depravation, und ich möchte nicht mit Kahlbaum übereinstimmen, welcher in seiner „Gruppirung der psychischen Krankheiten“ eine gesonderte Willenserkrankung aufstellt, eine „Diastrephie“.

III. Störungen des Willens.

§. 113.

Die krankhaften Gemüthsbewegungen bringen jedes Mal den ihnen entsprechenden Zustand des Strebens mit sich, und dieses ist um so klarer und bestimmter, je deutlichere Wahnvorstellungen sich aus den Affecten oder Hallucinationen ergeben haben.

Wie die Reflexthätigkeit im Rückenmarke durch gewisse Einflüsse (z. B. durch Strychnin) krankhaft gesteigert und andererseits auch wieder herabgesetzt werden kann, so auch im Gehirn. Ein Beispiel allgemeiner Herabsetzung der cerebralen Reflexthätigkeit, das wir in verschiedenen acuten Krankheiten (sehr oft im Typhus) und fast in ganz gleicher Form in manchen melancholischen und blödsinnigen Zuständen und in der sog. Ekstase finden, bietet der Zustand des Stupor. Die deutlichste Steigerung der Reflexe haben wir in vielen Aufregungszuständen. — Es ist übrigens möglich, dass eine solche Erhöhung auf einem Gehirnzustande beruhen kann, bei welchem die Hemmung, welche die triebartige, schrankenlose Umsetzung der Impulse zu sinnlichen Aeusserungen hindert, (an einer andern Stelle) unterbrochen ist. Im Rückenmarke sehen wir, wenn man den centralen Leitungsapparat durch quere Durch-

schneidung unterbricht, die Reflexactionen in dem Stücke unter der Durchschnittsstelle stärker werden. Das Wollen bei Geisteskranken kann bis zur Willenlosigkeit vermindert oder bis zur Ungebundenheit gesteigert sein.

A. Herabsetzung des Wollens.

I. Hemmung des Wollens.

§. 114.

Zustände von herabgesetztem Wollen finden sich bei Blödsinnigen und bei Melancholikern (v. Krafft-Ebing). Diese Zustände äussern sich als Passivität und Apathie, oder wieder als höchste Bedenklichkeit, Unentschlossenheit, Unfähigkeit, die gewohnten Willensimpulse, z. B. zu den habituellen Geschäften, aufzubringen, und sind in den ersten melancholischen Stadien des Irreseins sehr häufig. Im Blödsinn entsteht Willenlosigkeit aus der Abwesenheit klarer Vorstellungen überhaupt; mit dem Denken nimmt auch das Wollen ein Ende. In der Melancholie besteht oft ein sehr lebhaftes Wollen und Krankheitseinsicht, und die Intelligenz ist erhalten; aber es fehlt die Initiative, weil die psychomotorischen Functionen mehr oder weniger gehemmt sind. Eine Hemmung des Willens entsteht nach der Eintheilung von v. Krafft-Ebing 1) durch das Bewusstsein unmöglicher Erreichbarkeit des Begehrten, 2) durch Unlustgefühle, 3) durch Hemmung im psychischen Mechanismus, d. h. die Umsetzung von Vorstellungen in Bewegung ist erschwert, 4) durch Associationsstörungen, welche sich in Hin- und Herschwanken zwischen sich gegenseitig Opposition machenden Vorstellungen, besonders in Zweifeln und Grübeln äussern (Rathlosigkeit), 5) durch den Willen und die Aufmerksamkeit störende Wahnideen und Sinnestäuschungen.

2. Aufhebung des Wollens, Abulie.

§. 115.

Es ist eine auffallende Thatsache, dass Geisteskranke vielfach ganz vernünftig reden oder schreiben, in diesen Aeusserungen keine Wahnideen erkennen lassen und dennoch ganz widersinnige, übereilte, selbst verbrecherische Handlungen etc. begehen, die sie jedesmal, oft mit Aufwand von Scharfsinn und Witz zu erklären und zu entschuldigen wissen. Man nennt diese Erscheinung die „Folie raisonnante". Die scheinbar ungestörte Intelligenz zeigt jedoch bei näherer Prüfung eine erhebliche Abschwächung. Die Aufhebung des Willens bei dieser Erscheinung ist zunächst bedingt durch Beschleunigung des formalen Vorstellungsablaufs, so dass keine Reflexion über den Impuls zum Handeln möglich ist, wie beim Maniakalischen, oder die verkehrte Handlung ist die Folge einer Zwangsvorstellung oder eines Affectzustandes.

Ganz analog hebt die krankhafte Geistesstörung die „Freiheit" des Willens dadurch auf, dass a) leidenschaftliche Stimmungen, Triebe, Strebungen, Wahnideeen und Sinnestäuschungen das Handeln veranlassen, b) den zu einer Handlung drängenden Motiven keine sittlich rechtlichen Gegenmotive entgegengesetzt werden 1) bei psychischen Schwächezuständen und transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins, 2) bei Störungen des Vorstellungsprocesses im Bewusstsein (Melancholie, Manie), 3) bei Wahnideen und Sinnestäuschungen, welche das Selbst- und Weltbewusstsein fälschen.

Man bezeichnet das Nichtwollen resp. Nichtwollenkönnen mit Abulie. Emminghaus unterscheidet zwei Arten von Abulie: „Einmal die Unfähigkeit, gewisse Erregungsvorgänge zu unterdrücken, sodann das Unvermögen, den Impuls, die Initiative zur Umänderung eines passiven Zustandes in einen activen zu geben. Sobald dem schwachen Willen starke sinnliche Triebe gegenüberstehen, giebt sich der Kranke denselben rückhaltlos hin, und dies, wie Emminghaus zutreffend bemerkt, um so regelmässiger, je häufiger schon diese Begierden befriedigt sind. Eine derartige Willensherabsetzung zeigen auch nervöse Leute, welche die Sclaven ihrer Launen und Stimmungen sind und aus diesen heraus die verkehrtesten Handlungen begehen oder wichtige Handlungen unterlassen.

Einen hohen Grad der abulischen Zustände, den man auch bei Hysterischen und vor allem Neurasthenischen häufig bemerkt, ist die Unfähigkeit, die Gedanken zu fixiren. Emminghaus macht diese Abulie abhängig von Anomalieen des Gemüths- und Vorstellungsverlaufes; dem entsprechend fand er Abulieen besonders bei Melancholikern, Hysterischen, Hypochondern und Masturbanten, sowie bei Impotenten; Erschöpfungszustände jeder Art, Anämie, Seekrankheit, manche Vergiftungen u. s. w. setzen ebenfalls die Willensthätigkeit herab.

3. Negative Triebäusserungen.

§. 116.

Abscheu, Widerstreben gegen gewisse Zustandsveränderungen hat man als negative Triebäusserungen bezeichnet. Man kann hierher auch die Abneigung gegen Bewegung überhaupt und die von Kahlbaum als charakteristisch für die Katatonie bezeichnete Abneigung gegen Nahrungsaufnahme, die bis zur Sitophobie anwachsen kann, rechnen. Hydrophobie und Aversion gegen alle geschlechtliche Berührung sind hierher gehörige Anomalieen. Erstere, Furcht vor Wasser, ist Symptom der Lyssa humana im Gegensatz zur spontanen Hydrophobie bei Tetanus. Bei hysterischen Frauen hat man während der Schwangerschaft, bei Mädchen bisweilen bei den perniciösen-nymphomanischen Anfällen Hydrophobie

auftreten sehen. Die „imaginäre Hydrophobie rabiforme" ist eine specifische Form hypochondrischen Deliriums; sie besteht in der Angst, von einem tollen Hunde gebissen zu sein. Abneigung gegen sexuelle Berührung kommt bei mangelhafter Differenzirung des Geschlechtstypus als originärer Fehler der somatisch-psychischen Entwicklung bei Viragines, bei Männern mit verkümmerten Genitalien vor.

B. Steigerung des Wollens (Hyperbulie — Emminghaus).

1. Gesteigerte Willensenergie.

§. 117.

„Die krankhafte Willensenergie (Emminghaus) verdankt ihren Ursprung pathologischen Gefühlen und Vorstellungen. Sie äussert sich im Unterdrücken natürlicher Bedürfnisse, im Ertragen sinnlichen Wehes, in der Verzichtleistung auf alles, was den Geist und Körper angenehm berührt, und in gemüthlicher Selbstquälerei."

Man beobachtet diese Zustände bei Paranoischen, d. h. nur bei solchen Psychotischen, bei denen der Intellect in der Weise intact geblieben ist, dass sich noch keine psychische Schwäche etablirt hat. Handelt es sich um die Erreichung eines Zwecks, so wird alles Krankhafte dissimulirt. Die Fähigkeit der Selbstbeherrschung fällt hier wieder zusammen mit dem Symptom des krankhaften Scharfsinnes (Emminghaus). „In gewissem Sinne ist diese Steigerung der Combinationsfähigkeit überhaupt identisch mit krankhafter Willensenergie."

2. Steigerung des Strebens.

§. 118.

Darunter versteht derselbe Autor den Vorgang, dass jeder Bewusstseinsinhalt heftige und unmotivirte Lust oder Unlust erregt und diese Gefühle zur Entäusserung treibt, und zwar in der Form der Thaten-, Plänesucht, in dem stürmischen Verlangen, alle Vorstellungen gleich in Thaten umzusetzen. Sie erscheint — in ersterer Beziehung — entweder als häufige Aeusserung schwächlicher Velléitäten, oder sie ist wirklich begründet auf einem Gefühl erhöhter körperlicher oder psychischer Kraft, grösserer Rüstigkeit und auf einem krankhaft erhöhten Selbstgefühl.

Das Krankhafte dieses Zustandes besteht darin, dass die Vorstellungen bedeutend intensiver zu Handlungen anregen, als bei normalen Individuen; dem Kranken ist die Fähigkeit abhanden gekommen, diese Strebungen zu reguliren, d. h. abzuschwächen. Emminghaus charakterisirt dies treffend damit, dass unangenehme Eindrücke intensive und schnell befriedigte Antriebe, ihnen zu entfliehen, d. h. neue an

ihre Stelle zu setzen, erwecken, dass bei Vorstellungen dagegen, welche Lust erregen, der Kranke gleich Verlängerung, Steigerung, bez. Herbeiführung des betreffenden angenehmen Zustandes begehrt. Bei der bestehenden leichten Excitabilität des Gehirns derartiger Kranker werden die unangenehmen, wie die freudigen Eindrücke rasch wieder verarbeitet, sie klingen absolut nicht nach; infolge dessen bedarf das Gehirn, damit keine Langeweile eintritt, neuer Incitamente. Daher kommt es, dass durch das fortwährende Aufnehmen und Abstossen der Eindrücke der Aussenwelt der Kranke nicht zur Ruhe kommt, sondern das Bild der manischen Erregung darbietet. Bei der Moria (Erhardt cit. von Emminghaus) ist die allgemeine Hyperbulie ein wichtiges Symptom. Auch wird sie im Beginn der progressiven Paralyse, im Zustande der Trunkenheit, bisweilen bei hysterischen Personen und bei Lyssa humana beobachtet. In diese Kategorie von Anomalieen des Strebens gehören viele eigenthümlichen Gewohnheiten und Bizarrerieen der Geisteskranken, welche Esquirol als Tics, Snell als „Zwangsvorstellungen mit betreffenden Bewegungen und Handlungen" bezeichnet hat. Hervorgerufen kann die Steigerung der Willensimpulse nach v. Krafft-Ebing werden 1) durch krankhaft gesteigertes Selbstgefühl, 2) durch den Wegfall aller hemmenden, ordnenden, controlirenden Vorstellungen, 3) durch pathologisch erleichterten Ablauf der Vorstellungen und dadurch bedingten Ueberfluss an Bewegungsmotiven, 4) durch die erleichterte Umsetzung der Vorstellungen in Bewegungsimpulse. (Erhöhte Reflexerregbarkeit im psychischen Organ).

IV. Triebartige Bewegungen und Handlungen.[1]
(Psychomotorische Störungen.)

§. 119.

Darunter versteht v. Krafft-Ebing Bewegungsacte, die ohne Einfluss des Willens auf Grund innerer organischer Reizvorstellungen zu Stande kommen.

1. Bewegungstrieb.

a. Bewegungsdrang der Tobsüchtigen. Ist die Erregungsphase bis zum Höhepunkt gediehen, so sind die Bewegungen triebartig und zwangsmässig, gleichsam dem Willenseinfluss des Kranken enthoben. Wir sind mit obigem Autor der Ansicht, dass der Bewegungsdrang der Tobsüchtigen auf Grund einer Reizerscheinung in den sensorisch-motorischen Rindenfeldern des Vorderhirns erfolgt. Die scheinbar stark erhöhte Muskelkraft bei maniakalischen Kranken erklärt sich aus der Bewusst-

[1]) Vgl. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch p. 93f.

seinsstörung; der Kranke kennt erstens keine Gefahr, kein Hinderniss und zweitens appercipirt er kein Ermüdungsgefühl, ein differentialdiagnostisches Merkmal bei Verdacht auf Simulation.

b) Viel-Beweglichkeit ist unter anderen nach Emminghaus auch ein häufiges Symptom der psychischen Schwächezustände, z. B. der senilen Blödsinnigen, mancher Idioten. In der classischen Paralyse und Paranoia kommt der Zustand ebenfalls zur Beobachtung. „Vorübergehend tritt Beweglichkeit, Agitation und Jactation bei deliriösen Zuständen auf, im Alkoholrausch besonders im Delirium tremens, auch bei Belladonna- und Hyoscyaminvergiftung. Rastlose, psychisch begründete Agitation besteht bei Chorea magna, öfters bei hysterischem Paroxysmus, nicht selten bei Meningitis, ganz gewöhnlich bei Lyssa humana."

c) Hierher gehören auch die imitatorischen Bewegungen, ferner die Bewegung der Sprachorgane beim Denken und Reden, das Mitsprechen und Lautdenken.

d) Eine abnorm erleichterte Umsetzung psychischer Erregung in Bewegung äussert sich ferner in Ideenflucht, raschem Stimmungswechsel, grosser Gesprächigkeit, Neigung zum Renommiren, lebhafter Gestikulation, Sammeln und Kaufen von unnützen Dingen.

2. Psychische Reflexacte bei den Melancholikern und Deliranten.

§. 120.

v. Krafft-Ebing bezeichnet damit den heftigen Trieb zum Muskelgebrauch, welcher sich in allgemeiner Unruhe, Jactation, in dem anhaltenden Bedürfniss des unruhigen Hin- und Hertreibens, des Umsichschlagens, des Schreiens etc. kundgiebt, ein Verhalten, das oft genug zu Beeinträchtigung und Zerstörung der Umgebung des Kranken führt, ohne dass es diesem gerade um diesen bestimmten Zweck zu thun wäre.

In solchen Neigungen Unheil zu stiften, die Kleider zu zerreissen, die Möbel zu zerbrechen, werthvolle Dinge zu verstecken, Anderes zu stehlen etc., wie auch in vielen anderen bizarren Handlungen harmloser Art (z. B. dem beständigen Ausziehen der Kleider) werden die Kranken bald nur von einem allgemeinen Bedürfnisse, Alles zu beschädigen, sich ihrer Verstimmung zu entäussern, ihr Müthchen zu kühlen, bald von bewussten Motiven geleitet, und man darf diese Handlungen nur in den seltensten Fällen für rein automatisch halten. Entweder sind es Hallucinationen, die ihnen solches anbefehlen, oder das Bestreben, sich durch eine auffallende, kecke That Ruhe vor innerer Beängstigung zu verschaffen, oder eigentliche Wahnideen. Zeller (Bemerkungen zu Guislain p. 490) berichtet eine Anzahl solcher Fälle mit den von den Kranken angegebenen Motiven. „Ein Kranker schlug bei uns alle Fenster hinaus, welche er erreichen konnte, und zwar in der grössten Ruhe und Unbefangenheit, um doch Glas zur Verstopfung von Mauslöchern zu bekommen; ein anderer, um die Gelegenheit zu benützen, einmal nach Herzenslust Kronenthaler schlagen zu dürfen. Ein anderer zerriss in Ruhe alle seine Hemden, um Charpie für Feldhospitäler zu sammeln; ein Anderer hob

den Ofen ab, um seine Pfeife anzuzünden, und setzte ihn dann in aller Gemächlichkeit wieder auf etc. Einer hatte eine Menge Stühle zusammengeschlagen, und auf meine Frage, wie er zu solch' unsinnigem Zeug käme, erwiderte er, indem er ruhig mit der Fortsetzung dieses Geschäfts fortfahren wollte, ohne aufzusehen: „Die Philosophie muss den Sieg über die Aesthetik erlangen.“ — In solchen Fällen muss man indessen den Kranken, die mit der Angabe ihrer Motive oft äusserst zurückhaltend sind, nicht zu sehr vertrauen, und manches solche Beispiel erinnert an die Scene in Shakespeare, wo der durch Fragen in Verlegenheit gesetzte Falstaff immer bei der Antwort bleibt: „In Steifleinen.“

§. 121.

Ob und in wie weit gewisse Willensrichtungen und Triebe bei Irren, besonders solchen, die zu verbrecherischen Handlungen führten, unwiderstehlich waren, ist eine Frage, die sich fast nie sicher beantworten lässt. Den Charakter rein automatischer Zwangsbewegungen hat das Allerwenigste in dem Thun der Irren; selbst in der Tobsucht — so sagen uns die Genesenen — hätte oft vieles von dem wilden Treiben noch zurückgehalten werden können; nicht einmal einen triebartigen Charakter haben gewöhnlich die verbrecherischen Thaten der Irren. — Die Aufhebung der Freiheit (und wenn man will, die Unzurechnungsfähigkeit) beruht bei ihnen also nur selten darauf, dass sie die vollbrachte That schlechterdings gar nicht hätten unterlassen können, dass die formalen Bedingungen der Willkür ganz aufgehoben gewesen wären; die Gründe der aufgehobenen Freiheit liegen meist auf einem ganz anderen Gebiete, beruhen auf heftiger Gemüthserregung oder Verwirrung, auf falschem Raisonnement durch Wahnvorstellungen, Hallucinationen etc., auf den im §. 111 erörterten Momenten.

Bei den verbrecherischen Handlungen der Irren ist es der genausten Beobachtung werth, ob der Kranke auch schon im gesunden Leben einen ähnlichen Hang (z. B. zum Stehlen) gezeigt hat, der nur jetzt bei aufgehobener Besonnenheit unverhüllt an's Licht tritt, oder ob die Lust dazu erst während des Irreseins entstanden und mit der Genesung dann wieder verschwindend, wirklich aus krankhaften Gemüthsbewegungen und Wahnideen hervorging. Vgl. Jacobi, über Stehlsucht in Jacobi und Nasse's Zeitschrift 1837 I. Heft p. 179. — Hoffmann, über Stehlsucht, Günsburg's Zeitschrift I. p. 299.

Aus der Aeusserung solcher Neigungen, aus dem freien Hervortreten von Lüsten, die sonst verhüllt werden, aus einzelnen krankhaften Trieben ist sehr vieles von der Bizarrerie herzuleiten, die das Benehmen der meisten Geisteskranken zeigt. Jene haben ihr Analogieen im gesunden Leben theils in jenen sonderbaren Gewohnheiten und grillen haften Handlungen, die zuweilen sogar als curiose Anhängsel an grosse, innerlich stets lebhaft beschäftigte Intelligenzen vorkommen (z. B. den Stoff zu manchen Gelehrten-Anecdoten abgeben), theils aber in den Willensrichtungen und Handlungsweisen der Leidenschaften und des Affects. Hier ist im Einzelnen Stoff zu unzähligen Vergleichungen, und man findet bei den Dichtern, welche die affectvollen Zustände des Subjects zum Gegenstand haben, eine Menge beispielweiser Analogieen. Wenn der Schwermüthige z. B. den Trieb hat, fort zu wollen, im Freien herumzuschweifen, weil es ihm daheim zu eng ist, und er von äusserer Unruhe und Unstätheit Linderung seines

inneren Schmerzzustandes erwartet, so kommt dasselbe beim reellen psychischen Schmerze vor, wo es das Individuum hinaus in's Freie, oder gar in ferne Länder, in die Welt, in's Leben hinaustreibt, um in äusserer Unruhe und Umherschweifen die innere Ruhe wieder herzustellen. Eichendorf hat diese Stimmung in einem bekannten Liede gut ausgedrückt (in den Versen: Ich möcht' als Spielmann reisen etc. Ich möcht' als Reiter fliegen etc.).

§. 122.

Bewegungsdrang ist bei den maniakalischen Formen Theilerscheinung der allgemeinen Hyperthymie und Hyperbulie. Diesen Trieb zu Bewegungen beobachten wir auch bei Dysthymie mit Angst, indem die Kranken aus Angst Tag und Nacht herumlaufen. Es hat diese Thatsache dazu geführt, eigene Namen, wie Melancholia errabunda, Mania ambulatoria (Guislain), Melancholia agitans (Richarz) aufzustellen. Die Bewegungsacte bei den melancholischen Aufregungszuständen beruhen lediglich auf Reflexen; infolge dessen sind sie von der Höhe der in ihnen auftretenden Affectzustände abhängig. Der Kranke sucht und findet Erleichterung seines innerlichen Druckes und seiner Gefühlsbelästigung, indem er sie nach aussen wirft; und es reihen sich hieran die Zustände, wo heftige Angstgefühle oder einzelne schreckliche Vorstellungen den Kranken zu bestimmten Unthaten treiben. So heftig kann dieser Drang nach irgend einem Ende, irgend einer Entscheidung seines qualvollen Zustandes sein, dass hier gar nicht selten Handlungen, die der Kranke im höchsten Grade verabscheut, aus dem Gefühle, dass nur in ihnen noch Rettung und Beruhigung für ihn zu finden sei, begangen werden. Nach einer solchen destructiven Handlung fühlt der Kranke sich erleichtert, sofern sein Bewusstsein post factum nicht getrübt ist.

Anhang.

§. 123.

a) Tetanie. Darunter versteht man einen Bewegungsmodus, während dessen die Muskeln, und zwar nur die Flexoren, Adductoren, Pronatoren, aber nicht die Extensoren in leichter Flexionscontractur, die nur mit einer gewissen Gewalt überwunden werden kann, sich befinden. Hervorgerufen wird diese Contractur durch Reize in den psychomotorischen Centren.

Die tetanoiden Krämpfe führen im höchsten Grade zu einer Contraction des Körpers auf einen Klumpen, den man hin und her bewegen kann, ohne dass er irgend eine Aenderung dadurch erfährt. Der Kopf ist dabei geneigt, das Kinn auf die Brust gedrückt, die Arme sind über dieselbe gekreuzt, die Finger in die Hohlhand gepresst, und zwar so, dass man die Nägelmale noch auf lange Zeit hin zu erkennen

vermag. Die Schenkel sind hoch heraufgezogen, dicht an einander und gleichzeitig an den Unterleib gezwängt. Die Unterschenkel liegen den Oberschenkeln fest an. Dabei besteht gespannte, verbissene Miene, zusammengepresste Corrugatoren, zusammengekniffene, oft schnauzenartig verlängerte Lippen, auf einander gepresste Kinnladen. Kahlbaum fasst diese tetanischen Contracturen als katatonisch auf. Diese Ansicht wird noch durch die Angabe der Autoren (v. Krafft-Ebing) bewiesen, dass derartige psychopathologische Zustände fast stets mit einer tiefen Störung des Bewusstseins und der Apperception verbunden sind.

b) Katalepsie. Damit bezeichnet man einen Bewegungsmodus der Muskeln, bei welchem es sich nicht um Contracturen handelt, sondern um ein Verharren der Gliedmaassen in einer Lage, welche ein Anderer ihnen beliebig giebt. Die Glieder haben dabei eine eigenthümliche, wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea, Katalepsia vera), oder die Finger schnellen nach der Beugung in die extendirte Lage zurück (Katalepsia spuria, v. Krafft-Ebing). „Der kataleptische Zustand kommt als Paroxysmus vorübergehend oder continuirlich und dann mit tiefer Bewusstseinsstörung vor.“ (Vgl. §. 71.) Während des Paroxysmus besteht cutane und muskuläre Anästhesie (v. Krafft-Ebing). Es handelt sich nach Arndt hauptsächlich um eine Hemmung und damit natürlich um Aufspeicherung von Kraft, um Anhäufung von Arbeit, deren allmähliche Verwerthung aus diesem oder jenem Grunde die eigenthümlichen Muskelspannungen zur Folge hat, welche die Katalepsie ausmachen. Der Krampf findet sich bei hysterischen, melancholischen und epileptischen Kranken, ferner bei der Manie und bei der Dementia.

c) Stupor (Vgl. §. 71 und Katatonie).

3. Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen.[1]

§. 124.

Darunter versteht man „regelmässig wiederkehrende, oft rhythmische, coordinirte Bewegungen ohne äusseres Motiv“. Derartige auf Erregungszuständen des Centralorgans beruhende Bewegungen sind: Das sinnlose Auszupfen der Haare, Zerkauen der Nägel, das automatische Wischen, Schmieren aufgeregter Blödsinniger. Nach meiner Beobachtung zeigten derartige Zwangsbewegungen fast stets nur Katatoniker: Diese Kranken sassen auf dem Boden und drehten sich um sich selbst wie auf einer Drehscheibe, das andere Mal rutschten sie an der Bettkante entlang, dann wieder drehten sie sich im Kreise herum. Das Zerkauen der Nägel, welches Kraepelin als Zwangshandlung anführt, möchte ich

[1] Vgl. Kraepelin: Psychiatrie 1887 p. 125f.

als einen Ausfluss der inneren Angst und Rathlosigkeit ansehen, wie er auch in physiologischen Breiten vorkommt.

Forensisch wichtiger sind alle mit imperativer Gewalt sich dem Kranken aufdrängenden Antriebe; dazu gehören: Plötzlicher unwiderstehlicher Antrieb zu unsinniger oder gar verbrecherischer Handlung, zum Beissen, Stehlen, Genuss bestimmter Speisen oder selbst ekelhafter Dinge; ferner Selbstmord, Mord und Brandstiftung, Zerstörung von Gegenständen. Kraepelin beobachtete Kranke mit solcher Krankheitseinsicht, dass sie ihre Umgebung vor sich warnen und gegen sich selbst alle möglichen Vorsichtsmaassregeln anwenden. Wie nach dem melancholischen Raptus tritt auch hier post factum das Gefühl der Erleichterung ein und die „bitterste Reue über das Geschehene“.

Hierher gehören die von L. Meyer neuerdings beschriebenen Intentionspsychosen. Meyer geht von dem Gedanken aus, dass Affecte diejenigen Wahrnehmungen, auf welche gerade die Aufmerksamkeit gerichtet ist, einen bestimmenden Einfluss auf die Richtung unseres Denkens gewinnen lassen. Die krankhaft gesteigerte Aufmerksamkeit (intentio) auf eine gerade vorhandene Wahrnehmung fällt bei den Anfällen am meisten auf. So wurde ein junger Jurist, nachdem er einmal beim Protokolliren vom Gefühl grosser Unsicherheit erfasst war, späterhin bei gleichen Veranlassungen stets von einem so heftigen Oppressionsgefühl und Zittern befallen, dass er gar nicht mehr bei Gerichtsverhandlungen, sondern nur auf seinem Zimmer schreiben konnte. Einen Prediger, welcher anfänglich nur auf der Kanzel Angst mit lebhafter Furcht hinabzustürzen zeigte, befiel später, sobald er nur die Kirche betreten hatte, das Gefühl der Ohnmacht und Angst, nicht wieder herauszukommen.

Auch bei manchen, der gewöhnlichen Platzangst (Agoraphobie) sehr ähnlichen Fällen knüpft das Leiden an einen bestimmten Vorfall, bezw. Wahrnehmung an. Meyer wies nach, dass solche Patienten sich nur vor dem Ueberschreiten breiter Plätze auf dem Pflaster fürchteten, dagegen auf Rasenplätzen fortkamen. Charakteristisch ist der Einfluss von Sinneseindrücken auf sich plötzlich einstellende Gedanken bei Kranken. In einem Falle bot der Anblick eines Messers den Ausgangspunkt für die Vorstellung, Kindern, welche zufällig anwesend waren, den Hals abzuschneiden. Auch bei Idioten ist zuweilen in ähnlicher Weise das Accidens festzustellen, welches bestimmend auf die Richtung der Erregungsanfälle gewirkt hat. Namentlich sind auch sexuelle Erregungsacte in ihrem ersten Auftreten öfter an „Intention“ gebunden. So war ein an nervösen Beschwerden leidender Lehrer, als er zufällig und wider Willen beim Uriniren von Kindern gesehen wurde, von diesem Augenblicke an zur Entblössung der Genitalien vor Kindern geneigt. Meyer erklärt solche eigenthümlichen Anfälle und Ausbrüche

durch die Hypothese, dass sich unter der oberen Strömung der zum vollen Bewusstsein gelangenden, das äussere Verhalten bedingenden Vorstellungen ein dunkler Unterstrom von Empfindungsvorstellungen und Impulsen unbemerkt bewege. Nicht selten bedarf es erheblicher Anstrengungen, die aus der Tiefe aufsteigende Ungehörigkeit zurückzuhalten. Der Widerstand gegen die in das gewöhnliche Denken und Handeln vordringenden Factoren kann ein individueller oder zeitlich sehr verschiedener sein.

V. Anomalieen im Triebleben.

Das krankhafte Leben kann die natürlichen Triebe vermindern, steigern oder in perverser Weise zur Aeusserung gelangen lassen.[1])

A. Anomalieen des Nahrungstriebes.

§. 125.

Der Nervus vagus vermittelt das allgemeine Hungergefühl. Nach Ferrier (cit. von v. Krafft-Ebing) giebt es in dem Occipital-Lappen ein Centrum für das allgemeine Gefühl; nach Voigt giebt es ein Rindenfeld für das Durstgefühl.

I. Steigerung des Nahrungstriebes, (Hyperorexie — v. Krafft-Ebing) beobachtete obiger Autor episodisch und dauernd bei Hysterischen, Hypochondrischen und Neurasthenischen, und zwar in der Weise, dass diese Personen gleich nach der Mahlzeit gesteigertes Hungergefühl zeigen, welches aber durch kleine Quantitäten von Speisen gestillt wird. Krankhafter Heisshunger, Bulimie, gesteigerte Begehrlichkeit nach Nahrung und Getränken, weiterhin Lüsternheit auf bestimmte Genussmittel kommen sehr häufig bei Tobsüchtigen vor, ferner bei Melancholischen; endlich ist sie bei Paralytikern, Blödsinnigen und Cretinen ganz gewöhnlich. Bei seniler Hirnatrophie ist von Anfang an Gefrässigkeit vorhanden; bei Hypochondrischen und Hysterischen kann Gefrässigkeit und Widerwillen gegen Nahrung abwechseln. Begierde nach Süssigkeiten kommt erfahrungsgemäss bei manchen Melancholischen, bei Opiumrauchern und bei Cretinen vor. Gier nach pikanten Speisen, auch nach schwarzem Kaffee zumal bei Tobsüchtigen. Als Dipsomanie (periodische Saufsucht, Polydipsia ebriosa etc.) fasst v. Krafft-Ebing einen krankhaften, anfallsweise auftretenden Impuls zum Trinken alkoholischer Getränke auf. Diese Begierde findet sich häufig beim Beginn centraler Affectionen, zumal bei Tobsüchtigen und bei Paralysis progressiva auch bei manchen Melancholikern. Die Begierde zum Rauchen, Schnupfen,

---

[1]) Vgl. v. Krafft-Ebing l. c. p. 84f.

Kauen von Tabak zeigt sich bei Tobsüchtigen, manchen melancholisch-chronisch Verrückten und Schwachsinnigen. Dem habituellen Haschischgebrauch und Opiophagismus des Orients entspricht die moderne Morphiumsucht (E. Levinstein).

Von der gesteigerten Empfindlichkeit der Magennerven ist das episodisch mangelnde Sättigungsgefühl der Blödsinnigen und Paralytiker (Polyphagie) und die Anästhesie der peripherischen Magennerven infolge von chronischem Magenkatarrh und Dilatation des Magens zu unterscheiden. Ein gesteigertes Verlangen nach Nahrungsmitteln kann auch durch Wahnideen hervorgerufen werden, wie z.B. durch den Wahn, mehrere Kinder im Leibe oder den Bandwurm zu haben etc. Man beobachtet ein gesteigertes Nahrungsbedürfniss als physiologische Reaction in der Reconvalescenz von schweren Psychosen (Manie, melancholische Zustände, chronische Cocaïnintoxication).

2. Die Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses,
(Anorexia — v. Krafft-Ebing)

bezeichnet Emminghaus erst dann als pathologisch, wenn die Begehrlichkeit nach Speisen für längere Zeit völlig schweigt, obwohl nach allgemeinen Voraussetzungen Hunger vorhanden sein müsste. Derartige Störungen kommen bei sehr vielen Magen- und constitutionellen Leiden, bei fieberhaften Processen, aber auch bei centralen Vorgängen vor, besonders oft bei Hysterischen, Hypochondern und Melancholikern.

3. Perversität des Nahrungstriebes.

a) Krankhafte Gelüste. Unter der Perversität des Nahrungstriebes versteht v. Krafft-Ebing den Genuss gewisser Speisen ohne jene eklen Gefühle, welche dem Gesunden beim Gedanken an derartige Sinnesreize sich aufdrängen. Hierher gehört die Neigung der Chlorotischen (Naschen von Kalk, Sand, Salz etc.), die Vorliebe der Hysterischen für widerlich schmeckende Stoffe, die Gelüste der Schwangeren zum Genuss von Tabaksäften, Erde, Stroh, Chocolade mit saurer Gurke oder Häring. Ferner beobachtete obiger Autor bei der hypochondrischen Verrücktheit auf masturbatorischer Grundlage eine wahre Gier zum Genuss ekelhafter Dinge, wie Spinnen, Kröten, Würmer und Menschenblut. Bei schwerer Degeneration des Centralorgans kommt der Drang vor, den eigenen Koth zu geniessen (Koprophagie). Anhropophagie kommt unter verschiedenen Bedingungen zur Beobachtung.

b) Die Nahrungsverweigerung ist entweder partiell — Widerwillen gegen einzelne Substanzen, oder allgemein — der Gedanke an Essen überhaupt erregt Ekel. Der Eintritt der Nahrungsverweigerung

beginnt meist damit, dass die Kranken feste Nahrung abweisen und nur flüssige einnehmen, bis auch diese energisch verweigert wird. Bei der Absicht, sich durch Nahrungsverweigerung zu tödten, ist die Abstinenz der Kranken keine unüberwindbare; hartnäckiger ist sie bei der Mikromanie Melancholischer, welche glauben, dass sie diejenigen Speisen, welche sie geniessen, nicht bezahlen können. Die erfindungsreichsten und hartnäckigsten Abstinenten sind Verrückte, welche unter dem Einfluss von Geschmackshallucinationen und Vergiftungsideen stehen; andere waren durch himmlische Aufforderung veranlasst, an bestimmten Tagen zu fasten.

Die Abstinenz in den stuporösen Zuständen und in den terminalen Angstzuständen der paralytischen Geistesstörung hat darin ihren Grund, dass das Hungergefühl nicht mehr appercipirt wird. Die Kranken nehmen die Speisen zwar in den Mund, aber vergessen zu kauen und zu schlucken. Bei hypochondrischen und hysterischen Kranken hat die Abstinenz keine ernste Bedeutung, Hunger ist für diese der beste Koch. Von ernsterer Bedeutung ist die Nahrungsverweigerung bei acut hallucinatorischen Verrückten. Es handelt sich bei diesen nicht eigentlich um eine gewollte oder bewusste Nahrungsverweigerung, sondern die eminente Unruhe oder Verwirrtheit lässt die betreffenden Kranken gar nicht zum Essen kommen, allenfalls noch zum Trinken, und dann wird die Flüssigkeit in Hast hinuntergeschüttet. Bei hochgradigen Fällen wird selbst die flüssige Nahrung schnell wieder ausgespuckt oder im Munde oder Becher herumgesprudelt. Für diese Fälle von Nahrungsverweigerung ist das einzige Mittel die zwangsweise Ernährung.

B. Anomalieen im Geschlechtstrieb[1]).

§. 126.

Der Geschlechtstrieb kann a) vermindert sein bis zum gänzlichen Fehlen (Anaesthesie), b) abnorm gesteigert sein (Hyperaesthesie), c) in perverser Weise auftreten, d. h. in der Art seiner Befriedigung nicht auf Erhaltung der Gattung gerichtet sein (Paraesthesie), d) er kann ausserhalb der Zeit anatomisch-physiologischer Vorgänge in den Zeugungsorganen auftreten (Paradoxie).

I. Anaesthesia sexualis.

Das Individuum ist weder durch Vorstellungen noch Sinneseindrücke geschlechtlich erregbar. Physiologisch ist diese Erscheinung im Kindes- und Greisenalter, pathologisch kommt sie als angeborene oder erworbene vor.

---

[1]) Vgl. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch p. 86f. und Psychopathia sexualis.

Schwäche der sexuellen Begehrlichkeit bis zur völligen Negation derselben beruht auf einer Hemmungsbildung der Genitalien, so bei völliger Atrophie der Testikel und des Penis, bei mangelhafter Entwicklung des Uterus oder Fehlen desselben. Frühzeitige Castration vermag ebenfalls den Geschlechtstrieb abzuschwächen oder aufzuheben. Bei Idioten und Cretinen fehlt sehr oft die sexuelle Begehrlichkeit vollständig und trifft mit unvollkommener Entwicklung zusammen. Aber auch Individuen mit wohlgebildetem Körper können aller geschlechtlichen Gefühle und Neigungen bar sein.

Solche Personen verrathen in der Regel anderweitige, nicht selten schwere Anomalieen der psychischen Verrichtungen. Ein frühzeitiges Erlöschen der vorher normalen oder gar gesteigerten sexuellen Begehrlichkeit wird bei vorzeitiger Senescenz, nach schweren Excessen, übertriebener Masturbation beobachtet. Auch erworbene Krankheiten der Genitalien, manche Constitutionsanomalien, (Fettsucht, Diabetes, chronischer Alkoholismus, vielleicht auch Jodismus) können den Geschlechtstrieb lähmen. Durch acute fieberhafte oder heftige Beschwerden erregende Krankheiten, durch Säfteverlust, manche Genussmittel und Medicamente, kalte Bäder und starke körperliche Anstrengung kann derselbe vorübergehend geschwächt oder aufgehoben werden. Melancholische Verstimmung hat ebenfalls Mangel an Geschlechtstrieb zur Folge.

Am häufigsten ist diese Anomalie organisch erworben durch Degeneration der Leitungsbahnen und des Centrum genito-spinale (Rückenmarkskrankheiten) oder der Hirnrinde (diffuse Erkrankungen im Stadium der Atrophie), functionell durch sexuelle Excesse, Alkohol, Morphium, Hysterie, Gemüthskrankheiten, Dysthymie, Hypochondrie.

2. Hyperaesthesia sexualis.

Hier besteht abnorm starke Anspruchsfähigkeit des Geschlechtslebens. Die Grenze, jenseits welcher die sexuelle Begehrlichkeit als gesteigert bezeichnet werden darf, ist beim einzelnen Individuum nicht leicht zu bestimmen. Die sexuelle Begehrlichkeit kann sich in specifischen Delirien manifestiren, bei welchen Illusionen und Hallucinationen im Bereich der Genitalien vorhanden zu sein scheinen.

Die Steigerung des Geschlechtstriebes kann von sehr verschiedenen Motiven abhängen. Die Masturbation wirkt ausnahmslos vermehrend auf die sexuelle Begehrlichkeit; innere Erkrankungen der Genitalien und des Harnapparates, Helminthiasis, auch Geruchsempfindungen können wie beim Thiere sexuelle Erregungen bewirken. Dann kann erhöhte Libido in der Reconvalescenz von acuten Krankheiten, bei Phthisis pulmonum auftreten; auch einige Arzneimittel wirken ebenso wie das Contagium der Lyssa irritirend auf die Centralorgane des Geschlechts-

triebes ein. Von den Rückenmarkskrankheiten sind vor allem Tabes und multiple Sklerose hier zu erwähnen. Epileptische und Hysterische wie Hypochondrische und Melancholische in der Anfangsperiode haben oft sehr lebhaften Geschlechtstrieb. Alle Maniakalischen sind in sexueller Hinsicht sehr erreglich, desgleichen die Paralytiker, oft auch die Blödsinnigen. Bei Idioten und Cretinen kann sich heftiger Geschlechtstrieb periodisch brunstartig äussern.

Unter „Nymphomanie und Satyriasis" versteht man einen Zustand psychischer Hyperaesthesie mit mächtiger Betheiligung der sexuellen Sphäre. Gleichbedeutend mit sexueller Hyperaesthesie, namentlich bei Weibern kann man Neigung zum Kokettiren, Aufsuchen von Herrengesellschaften, Putzsucht, sexuelle Verdächtigungen anderer Weiber, massenhaften Verbrauch von Pomade, Parfum, beständiges Auftischen von Heiraths- und Skandalgeschichten (v. Krafft-Ebing) auffassen; dem Arzt gegenüber wird beständig von der Periode und Schwangerschaft gesprochen, das Bedürfniss nach gynäkologischer Untersuchung geäussert, bei der Nothwendigkeit der Untersuchung möglichst viel von weiblichen Reizen entblösst.

Im Zusammenhang mit geschlechtlichem Drange steht die religiöse Schwärmerei, wie die Abwechselung von erotischen und religiösen Delirien bei maniakalischen Zuständen zeigt. Ebenso zeigen Onanisten häufig ein religiöses Delirium, den Drang nach Wallfahrten, Missionen, Nonne oder doch wenigstens Pfarrersköchin zu werden, wobei natürlich viel von Unschuld und Jungfräulichkeit die Rede ist, wie v. Krafft-Ebing treffend bemerkt.

3. Paraesthesia sexualis, Perversität des Geschlechtstriebes, conträre Sexualempfindung.

Der perverse Geschlechtstrieb kann 1. auf Befriedigung am andern Geschlecht oder 2. auf solche am eignen Geschlecht gerichtet sein.

ad. 1. Besonders wichtig sind hier die Fälle von combinirter Hyper- und Paraesthesie; das Wollustgefühl wird gesteigert in der Vorstellung der körperlichen Leiden des Opfers, und zwar weil diese Vorstellung mit Lustgefühlen verbunden ist; es kann sich die Herbeiführung solcher Leiden durch Verwunden, Verstümmeln etc. bis zum Lustmord steigern, ja es kann bis zur Anthropophagie kommen. (Zerstücklung bis zur Verzehrung des Leichnams). In einem von Lombroso mitgetheilten Falle wirkte lediglich der Anblick oder das Betasten, Streicheln, Küssen weiblicher Fussbekleidung, gleichgiltig, ob sie sich noch am Körper befand oder nicht, dahin, eine sexuelle Erregung hervorzurufen.

Stets drängten sich dabei dem Patienten zwangsartige Vorstellungen grausamen, thierquälerischen Inhalts auf; ja oft liess er, um nur überhaupt eine Erection zu erzwingen, lebende Geschöpfe, Mäuse, junge Hühnchen, Kätzchen etc. von der aufgesuchten Prostituirten erst vor seinen Augen mit ihren Stiefeln zertreten; oder es musste die Dirne mit ihren Stiefeln auf seinem nackten Körper herumstampfen, und je mehr sie ihn so peinigte, um so lebhafter wurde seine Erregung. (Der Kranke selbst bezeichnete jene Quälerei als ein „scarificari di piede di Venere.") Lombroso fasst die Verschmelzung grausamer und wollüstiger Vorstellungen gewissermaassen als eine atavistische Erinnerung an die Brunstkämpfe vieler thierischer und auch menschlicher Wesen auf. Bei Impotenz kommt als Aequivalent für den Coitus die Erdrosselung von Weibern, (Mädchenstecher Jack), Zopfabschneiden vor. Daraus ergeben sich paradoxe Handlungen, wie z. B. Diebstähle von Frauenschuhen, Frauenwäsche etc.

ad. 2. Hier besteht Mangel an geschlechtlicher Erregung gegenüber dem andern Geschlecht, während Neigung und Trieb zum eignen Geschlecht vorhanden sind (conträre Sexual-Empfindung). Die geschlechtliche Perversion ist in der Regel eine angeborene und als solche nur bei krankhaft veranlagten Individuen beobachtet worden.

Die Liebe ist dabei ebenso sinnlich, die Eifersuchtsscenen heftig, ja bedeutend gesteigert. Es besteht meist auf Grund lebhafter Hyperaesthesia sexualis grosser Drang nach Befriedigung. Geschlechtlicher Verkehr mit Personen anderen Geschlechts ruft Abscheu hervor, wird dieser erzwungen, so sind die Folgen Entstehung von Neurosen oder Steigerung vorhandener. Bei Frauen findet die Perversion des Geschlechtstriebes in dem Amor Lesbicus ihren Ausdruck, bei Männern in der blossen Umarmung oder in der Paederastie; selbst die wollüstigen Träume haben nur Personen des eignen Geschlechts zum Gegenstande. Conträre sexualische Empfindung kann auch erworben sein bei Leuten, welche durch Onanie neurasthenisch geworden sind und gelegentlich, zumeist nach vorhergegangener Blamage beim Coitusversuch zur activen Paederastie verführt werden. Die temporäre conträre Sexualempfindung (v. Krafft-Ebing) scheint entweder ein Ausdruck psychopathischer Disposition von verschieden langer Dauer zu sein, oder sie erscheint als ein Symptom einer acuten Psychose bisweilen periodisch. Auch im höheren Lebensalter wurde das Phaenomen beobachtet.

4. Paradoxia sexualis.

Schon im frühen Kindesalter bei völliger Unentwickeltheit der Geschlechtstheile und geschlechtlichen Sphäre sieht man bei belasteten Individuen Ahnungen und geschlechtlichen Drang eintreten. Diese Ano-

malie führt dann zur Masturbation, welche von den schwersten Folgen begleitet ist.

Bei Greisen findet man mitunter ein Wiedererwachen des Geschlechtstriebes, welches sich dann durch unzüchtige Handlungen mit Kindern, Sodomie und andere Scheusslichkeiten documentirt.

VI. Handlungen infolge von Wahnideen und Gefühlsstörungen.[1])

§. 127.

Kraepelin führt als Hauptcharakteristikum für die psychischen Störungen die Veränderung des äusseren Benehmens des Kranken an: „In seiner Mimik spielen sich jene Affecte und Gefühle wieder, die sein Inneres bewegen. Der Melancholische sitzt traurig und vor sich hinstarrend da oder geht in entsetzlicher Unruhe laut jammernd auf und ab, während der Tobsüchtige mit lebhaften Gestikulationen schwatzt und lachend, singend, tanzend dem Gefühle erhöhter Leistungsfähigkeit Luft zu machen sucht. Den Gehörshallucinanten sieht man mit lauschendem Gesichtsausdruck in einer Ecke stehen, unbekümmert um seine Umgebung, nur hier und da bewegt er die Lippen, als ob er antworte, oder ruft plötzlich einige Worte, meist Selbstverdächtigungen oder Schimpfereien. Der verkannte Graf oder Kaiser dagegen trägt mit Würde die „Gefangenschaft" in der Irrenanstalt, an der Brust, sogar an Hosen und Stiefeln die papiernen Orden und in der Tasche die selbstverfassten Beglaubigungsdokumente seines Prätendententhums. Die attonischen und apathischen Zustände lassen den fast absoluten Mangel jeder activen Reaction erkennen." (Vgl. Kriterien §. 156.)

VII. Erhöhte Reflexreizbarkeit.

§. 128.

1. Pantophobie.[2])

Eine erhöhte Reflexreizbarkeit und Pantophobie, ebenso eine enorme Schreckhaftigkeit beobachtet man oft bei nervös Ueberreizten und überhaupt bei Furchtsamen. Im Leben niederer Völker ist die Reflexreizbarkeit und Pantophobie allgemein verbreitet und tritt beim weiblichen Geschlecht am häufigsten auf (cf. Emminghaus p. 47). Bisweilen bewirkt der Schreck Anfälle von blinder Wuth mit heftigen Gewaltthätigkeiten gegen die Ursachen des Schreckens, die Umstehenden etc., ganz wie bei Geisteskranken und Hundswüthigen.

---

[1]) Kraepelin — Psychiatrie p. 129.

[2]) Interessante Beispiele nachzulesen in Emminghaus — Lehrbuch §. 33.

2. Imitation, Tarantismus und Jumperei (cf. Aetiologie).[1]

Diese Erscheinungen sind den mittelalterlichen Volkskrankheiten sehr ähnlich, vor allem die Tanzwuth, die in Deutschland als Johannis- und Veitstanz nach den Schrecknissen des schwarzen Todes unter dem Bilde von epileptiformen Krämpfen und Hallucinationen in Verbindung mit gewissen Idiosynkrasieen auftrat. In Italien war eine ähnliche Erscheinung der Taranteltanz oder Tarantismus. Auch hier geschah die Verbreitung auf dem Wege der Nachahmung; ursprünglich hielt man den Zustand für die Folge eines Tarantelbisses. Es wurde dabei Abneigung gegen Speise, Begierde zum Alkoholgenuss, mehrfache Idiosynkrasieen, Schwindel, vorübergehende Blindheit, Schlaflosigkeit und völliger Wahnsinn beobachtet. Bis auf unsere Zeit hat sich die seltsame Erscheinung der sogenannten Jumperei erhalten, in Verbindung mit den religiösen Uebungen gewisser Sekten, die sich einbilden, direct unter dem Einfluss der göttlichen Gnade zu stehen und vom heiligen Geist beseelt zu sein. Hier tritt eine mit der vorhandenen Excitabilität des Nervensystems zusammentreffende Willenlosigkeit hervor, vermöge deren durch überraschende sinnliche Eindrücke hervorgerufene Bewegungsvorstellungen motorische Erregungen (mimische Verzerrungen, Verdrehungen und Krämpfe, zuletzt allgemeine Raserei mit Toben und Heulen) auslösen.

Umgekehrt könnte eine gewisse Analogie für die Stumpfsinnigkeit mancher Geisteskranken in der Indolenz tropischer Negerstämme erblickt werden, welche mit apathischer Indifferenz selbst den Tod herannahen sehen. Etwas Anderes ist es, wenn von der Vorstellung aus die Gefühle unterdrückt werden. Bekannt sind die Erscheinungen an Hysterischen, die um Aufsehen zu erregen, Schmerzen ertragen, ja sich selbst verstümmeln.

3. Geschlechts- und Thierverwandlung.

Von der angebornen und bewussten conträren Sexualempfindung Westphal's muss man den nicht selten bei Irren vorkommenden Wahn der Geschlechtsumwandlung unterscheiden (Emminghaus).

4. Inspiration und verwandte Phaenomene, Daemonomanie (Emminghaus).

Alle niederen Völker glauben an Hexerei, Zauberei und Besessensein; noch im Mittelalter wurde durch die Wissenschaft der Astrologie, Alchymie, Theosophie und Nekromantie etc. der Teufelsglaube verbreitet und befestigt. Der allgemeine Charakter des Besessenseins war stets eine hysterische, nymphomanische Psychose mit Convulsionen, Sensa-

[1]) Vgl. Emminghaus — Lehrbuch p. 48f.

tionen, Delirien, Bewusstseinsstörung und vollständig systematischen Wahngebilden; eine Geistesstörung, bei welcher die allgemein verbreitete Aberglaubensform vorherrschend war. In Morzine in Hochsavoyen brach 1861 eine Epidemie hystéro-démonopathique unter der jugendlichen weiblichen Bevölkerung aus. Befallen wurden 90 12—13 jährige Mädchen mit allen Zeichen der Chlorose (Emminghaus). Die Erscheinungen bestanden in melancholischer Verstimmung, zu welcher Hallucinationen und Illusionen sich hinzugesellten, und in Paroxysmen, die mit Blässe des Gesichts, stierem Blick, chronischen Convulsionen begannen, und durch den Anblick eines Priesters oder Arztes oder durch Zorn, Schmerz etc. hervorgerufen wurden. Zuletzt geriethen die Kranken in Wuth und wurden gegen die Anwohner aggressiv. Einige zeigten Mordsucht, andere Selbstmordgedanken. Die Idee der Bevorzugung und Auserwählung, welche sich mit religiösen Vorstellungen verbindet, tritt in der „Theomanie und Inspiration“ hervor.

VIERTES CAPITEL.

Störungen der sensiblen, motorischen, sprachlichen, vasomotorischen, trophischen, secretorischen, vitalen Functionen.

Litteratur.

Goldschneider: Ueber die Reactionszeiten der Temperaturempfindungen (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1888. Physiol. Abthlg. Heft 5 u. 6). — Rumpf: Beiträge zur Untersuchung der Sensibilität. — Heddäus: Ueber Pupillar-Reaction. — W. Wulf: Ueber Hirngewichte bei Geistesschwachen. — Walitzkaja: Zur Frage über psychometrische Untersuchungen an Geisteskranken (Wjestnik psychiatria i nevropathologia 1888 VI). — Schönfeldt: Zur Casuistik der abnorm tiefen Körpertemperaturen bei Geisteskranken (St. Petersburg, med. Wochenschrift 1888 No. 21). — Köppen: Ueber Albuminurie bei Geisteskranken. — Quinke: Ueber Muskelatrophie bei Gehirnerkrankungen (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Band XLII). — Fürstner: Ueber Muskelveränderungen bei einfachen Psychosen. — Rumpf: Ueber Sensibilitätsstörungen und Ataxie. — Bernhardt: Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. — Jensen: Untersuchungen über 453 nach Meynert's Methode getheilte und gewogene Gehirne von geisteskranken Ostpreussen (Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XX. I). — Tigges: Das Gewicht des Gehirns und seiner Theile bei Gehirnkranken (Allg. Ztschr. f. Psych. 1888 XLV. 1 u. 2). — Fürstner: Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Psychosen. — Starr: Apraxia und Aphasia; their varieties and the methods of examination for their detectives (The Medic. Rec. 27. October 1888). — Rieger: Beschreibung der Intelligenzstörungen etc. nebst einem Entwurf zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung. — Magnus: Die Entstehung der reflectorischen Pupillenbewegungen 1889. — Boynton-See: Palmar-reflex (The Lanzet 22. December 1888). — Mendel: Ueber reflectorische Pupillenstarre. — Ziehen: Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. — Brie: Ueber plötzliche

Todesfälle bei Psychosen. — Arndt: Ueber Othämatom. — Löwenthal: Ein Fall von acut entstandener Hemiparese mit hemiathetotischen Bewegungen. — Grashey: Ueber die Schrift Geisteskranker. — Berkhan: Ueber Anomalieen der Sprache und der Schriftsprache. — Nonne: Ueber diagnostische Bedeutung und Localisation des Patellarreflexes. — Binder: Das Morel'sche Ohr. Eine psychiatrisch-anthropologische Studie (Arch. f. Psych. 1888 XX. 2). — Frigerio: L'oreille externe, étude d'anthropologie criminelle. — H. Nothnagel: Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. — Wilbrand: Ueber Hemianopsie und ihr Verhältniss zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten 1881. — L. Bruns: Multiple Hirnnervenläsion nach Basisfractur (Arch. f. Psych. XX. 2. p. 495).

Vorbemerkungen.

§. 129.

Leichte, unbedeutendere Störungen der Muskelbewegung sind bei der Mehrzahl der Geisteskranken nachweisbar, veränderte Intonation der Stimme, Trägheit oder excessive Raschheit der Muskelcontraction u. dergl. Auch höhere Grade von allgemeiner Straffheit und Rigidität oder von Erschlaffung der Muskeln, letzteres mehr in den Schwächezuständen, sieht man nicht selten, und Schwerbeweglichkeit des ganzen Körpers, mit Einschluss der Sprachorgane, bis zur bildsäulenartigen kataleptischen Erstarrung ist namentlich den ekstatischen Zuständen eigen. Solche allgemeine, mässige und kurz dauernde Muskelstarrheit kann in den leichtesten Formen des Irreseins vorkommen und verschlimmert die Prognose nicht; doch sah man in einzelnen Fällen Stummheit zurückbleiben (Guislain). Von weit üblerer Bedeutung sind einestheils die localen, zeitweise von Lähmung unterbrochenen Contracturen, andrerseits die partiellen oder ausgebreiteten convulsivischen Zustände. Das anhaltende, automatische Grimassiren, der während der Krankheit entstandene Strabismus, übermässige Contractur, Erweiterung, Ungleichheit der Pupillen, schmerzhafte Krämpfe der Halsmuskeln, jene unordentlichen krampfhaften Bewegungen der Extremitäten, welche den Kranken oft zu sonderbarer Ungleichheit des Ganges oder zu Bocksprüngen veranlassen (katatonische Bewegungen), alle diese Phänomene sind von übler Bedeutung, und ihre Permanenz zeigt in der Regel den Uebergang in Unheilbarkeit an. Ebenso sind ein anhaltenderes Zittern, Zähneknirschen, die choreaartigen Erscheinungen bei erwachsenen Geisteskranken, die automatischen Bewegungen im Kreise, das gezwungene Rückwärtsgehen u. dergl. wenigstens in der Mehrzahl der Fälle die Zeichen der Ausbildung einer schwereren organischen Gehirnkrankheit, wenn wir gleich, auf einzelne Beobachtungen von erfolgter Heilung nach solchen Zuständen gestützt, die Möglichkeit der Entstehung dieser Phänomene aus blosser nervöser Irritation oder einer nur vorübergehenden palpabeln Erkrankung zugeben müssen. Die

schlimmsten, leider nur allzuhäufigen, motorischen Anomalieen bei Geisteskranken sind aber die epileptischen und allgemein paralytischen Zustände.

Bei vorhandener Stummheit, die öfters mehre, in einzelnen Beispielen 10 Jahre und länger dauert, muss man vor Allem unterscheiden, ob der Kranke nicht reden will (blosser krankhafter Eigensinn), oder nicht reden kann (chronisch-kataleptische Zustände, Katatonie, Blödsinn). — Die Kraft und Intonation der Stimme entspricht im Allgemeinen der herrschenden Stimmung. Im Auge kommt hier und da das krankhafte Rollen der Augäpfel (Nystagmus) vor, und scheint mehr der Zeit des Uebergangs der acuten in die chronischen Zustände anzugehören und deshalb von schlechter Prognose zu sein. — Viel häufiger sind die Motilitätsstörungen in der Iris. Ungleichheit der Pupillen kommt am häufigsten bei paralytischer Paraphrenie vor, viel seltener in einfachen Fällen von Hyperthymie oder Dysthymie, und hier auch weit mehr in chronischen, verschleppten, eine schlechte Prognose gebenden Fällen. In einzelnen Fällen soll sich auch erst in der Reconvalescenz die Ungleichheit einstellen. — Eine starke Verengerung der Pupillen in der Manie ist erfahrungsgemäss von übler Prognose und macht den Eintritt des paralytischen Blödsinns wahrscheinlich. — Es ist auch hier, wie bei manchen sonstigen Hirn- und Nervenleiden, nicht immer zu sagen, ob die anomalen Zustände der Pupille auf Krampf oder Paralyse beruhen, doch ist das Letztere meistens den Umständen nach wahrscheinlicher. Vgl. Mérier, Gazette des hôpitaux 1852. 19 Août. Seifert, Zeitschr. f. Psychiatrie X. 1853 p. 544. Richarz, ibid. XV. 1858 p. 21.

§. 130.

Sensibilitätsstörungen kommen mit motorischen gepaart in den schweren paralytischen Krankheitszuständen als Ausdruck eines ausgebreiteten pathologisch-anatomischen Hirnprozesses vor. In diesen Fällen handelt es sich in erster Linie um Aufhebung oder Herabsetzung der Empfindung, welche sehr störend auf die Behandlung einwirken kann. Tiefgehende Gewebsstörung, Luxation und Fractur werden von den Kranken nicht nur ohne Schmerzensäusserungen ertragen, sondern man kann sehen, wie der Kranke mit Vergnügen auf seinem gebrochenen oder amputirten Fusse herumhüpft etc. Neben der Herabsetzung der Schmerzempfindung läuft auch eine erkennbare Verminderung der Reflexerregung einher.

I. Sensibilitätsstörungen.

1. Im Allgemeinen.

§. 131.

Die Störungen in der sensiblen und motorischen Sphäre, welche bei Geisteskrankheiten beobachtet werden, geben im Allgemeinen eine schlechte Prognose, wenn sie pathologisch-anatomische Degenerations-Vorgänge im Centralorgane, in den Leitungsbahnen oder den peripherischen Theilen des Nervensystems anzeigen. Doch sind diese Affectionen bei Psychosen im Ganzen selten. Bei der classischen Paralyse lassen sie

auf Entzündungsheerde im Cerebrum cortical, in den subcorticalen Centren, den grossen Ganglien oder den peripherischen Bahnen, jedenfalls auf Zerstörungsprocesse schliessen. Bei der absteigenden Paralyse (Tabo-Paralyse) ist die motorische Bahn alterirt und kommen dabei Para- und Hemiplegieen vor, ohne dass das motorische Centrum in Mitleidenschaft gezogen wäre.

Eine Prüfung der Sensibilität und Motilität ist immer bei Geisteskranken, wie jeder, welcher derartige Untersuchungen angestellt hat, weiss, eine eigene Sache. Es handelt sich im Allgemeinen gerade um solche Kranke, welche theilweise durch Gehirnshocks (epileptisch-apoplektische Anfälle, Traumata etc.) mehr oder minder tief benommen sind, theilweise um Alienirte, welche schon durch abnorme Vorgänge im Gehirn stark in ihren intellectuellen Fähigkeiten geschwächt sind, oder in derartiger Gemüthsverfassung sich befinden, dass der untersuchende Arzt nicht viel auf ihre Aussagen sich verlassen kann. Lässt man sich nicht sehr viel Zeit und controlirt man nicht durch fortwährende Controlversuche das bis dahin Gefundene, so wird man selten zu einem exacten Resultat gelangen. Denn, wenn die Kranken über mannigfache Anomalieen klagen, so ist es meist schwierig festzustellen, ob dieselben nur eingebildet auf dem Grunde von Hallucinationen entstanden, oder ob sie reell vorhanden und nun ihrerseits die Veranlassungen zu krankhafter Auslegung und Bildung vollständiger Wahnideen sind. Ich sehe keinen Grund, auf welchen hin bei Geisteskrankheiten, die nicht mit Zerstörungsprocessen des Nervensystems einhergehen, objective Störungen der Sensibilität und obendrein in der äussersten Peripherie stattfinden sollen.

Wenn bisher bei Geisteskranken z. B. Melancholikern an bestimmten Stellen circumscripte Anästhesieen festgestellt worden sein sollten, so dürften dieselben entweder auf Ungenauigkeit der Beobachtung beruhen (die Kranken waren bei ihrem Geisteszustande nicht fähig, ihre Aufmerksamkeit auf die Vorgänge an ihrem Körper zu concentriren, und machten daher unrichtige Angaben), oder es lagen neben der geistigen Störung noch andere Affectionen, Alkoholismus, Epilepsie etc. vor.

Der galvanische Strom hat gezeigt, dass Leute, welche an Illusionen und Hallucinationen im Gebiete des Gehörs, der Haut und Muskelempfindung leiden, durch Reiz hervorgerufene Empfindungen richtig percipiren (Benedict cit.); andererseits wird bei einer grossen Zahl Paralytiker, welche bei den schwersten Decubitalgeschwüren, Selbstverstümmelungen, Fracturen nicht den geringsten Schmerz appercipiren, die Sensibilität und Localisation bei leichten Finger- und Nadelberührungen vollkommen intact gefunden. Die elektrische Schmerzempfindlichkeit findet sich nach Tigges (cit.) gesteigert bei Dysthymischen mit Sensationen im Bereich der Flexoren, be einem Theil der Maniakalischen an den Augenbrauen und nach Lombroso (cit.) bei vielen Geisteskranken an der Stirn; herabgesetzt ist sie, nach denselben Autoren, an den Flexoren bei einem Theil der Maniakalischen.

Was die subjectiven Empfindungsanomalieen anbetrifft, so geben Kranke (Hallucinanten) oft an, dass eine Leiche neben ihnen im Bett läge. Es wurde dann durch die Untersuchung festgestellt, dass die eine Seite des Körpers anästhetisch war. Nach anderen Angaben kann das Gefühl des Abgestorbenseins oder Fehlens einzelner Glieder durch mehr oder weniger ausgebreitete partielle Anästhesieen und Parästhesieen hervorgerufen sein. Auch bei den häufigen Klagen der Kranken, dass ihnen Insecten über die Haut liefen oder dass ihnen Schlangen im Leibe

umherkröchen, dass sie mit elektrischen Maschinen gefoltert würden, befindet man sich in dem Dilemma, ob wirkliche Störungen der Sensibilität vorliegen, oder nur hallucinatorische Sinnestäuschungen. Wie schon angedeutet, kann ich mir die Existenz einer Sensibilitätsstörung nur bei materiellen, substantiellen nervösen Störungen (z. B. Neuritis auf alkoholischer Basis), oder bei solchen psychischen Alterationsformen vorstellen, welche erwiesenermaassen mit erheblichen elektrischen Schwankungen in dem Centralnervensystem verbunden sind (z. B. Epilepsie). Beides ist aber bei den einfachen partiellen Psychosen ausgeschlossen.

§. 131 a.

Nach alledem muss man bei den Sensibilitätsstörungen unterscheiden, ob sie auf einer Störung der Reiz-Empfänglichkeit in den peripherischen Endorganen der sensiblen Nerven beruhen oder psychisch durch eine Störung der Apperception im Centralorgan hervorgerufen sind. Alle Sensibilitätsstörungen, welche auf peripherischen Veränderungen beruhen, sind auf das neuropathologische Gebiet zu verweisen.

Im Allgemeinen wird eine Anästhesie constatirt, wenn an bestimmten Stellen ausgeführte Reize keine Reaction zeigen. [Ich verstehe hier unter Reaction nur die Uebertragung des sensiblen Reizes auf das Centralorgan, welches den Reiz appercipirt. Etwas anderes ist es mit der Reflexreizung, wo es sich um Reflex- d. h. unwillkürliche Acte handelt.] Man nimmt dann an, dass diese Stellen analgetisch sind. Ich bin nun der Ansicht, dass hier keine Empfindungsstörung vorliegt, sondern dass nur der Reiz, welcher von dieser Stelle ausgeht, im Centralorgan nicht appercipirt wird. Dies wird durch folgende Betrachtung klar gelegt.

Bei den nicht mit Texturveränderungen in dem nervösen Apparat einhergehenden Geisteskrankheiten sind Sensibilitätsstörungen, soweit sie sich als Anästhesieen äussern, nur unter drei Bedingungen möglich: 1) durch Abschwächung oder Aufhebung der Apperception, 2) durch Umdeutung der peripherischen Sinnesreize, 3) durch centrale Sinnestäuschungen und Verlegung der hallucinirten Sinnesempfindung in die Peripherie (umgekehrte Allegorisirung) d. h. in allen drei Fällen nur central.

In dem ersten Falle ist der Vorgang, welcher als Anästhesie gedeutet wird, folgender: Ein Reiz wird peripherisch ausgelöst; kommt dieser nun zu dem alterirten Centralorgan behufs Umsetzung in einen Empfindungsbegriff, so wird er nicht mit der normalen Stärke oder gar nicht appercipirt. Infolge dessen bleibt das virtuelle Bild entweder abgeschwächt oder kommt überhaupt nicht zu Stande.

Man beobachtet bei der Indolenz der Blödsinnigen, wie dieselben die schmerzhaftesten Operationen mit der grössten Seelenruhe ertragen oder wie der Kranke, welcher durch cerebrale Vorgänge in seiner Aufmerksamkeit von der Aussenwelt abgelenkt wird, der Hallucinant und Maniakus, Verwundungen etc. seines Körpers nicht merkt. Bei vollständiger Umneblung des Bewusstseins, bei schweren Hallucinationszuständen werden sensible Reize gar nicht mehr appercipirt; daher beobachtet man vollständige Empfindungslosigkeit gegen Temperaturunterschiede bei derartigen Kranken, daher sieht man, wie geisteskranke Amputirte auf ihrem Stumpf herumhumpeln, wie sie in ihren blutenden Wunden mit dem Finger herumbohren etc. Ganz ebenso beruht die scheinbare peripherische Anästhesie, wenn sich die Geistesverwirrten die Bulbi ausbohren, die Testes ausreissen, auf centraler Apperceptionsunfähigkeit für peripherische Reize. Doch beruhen diese Handlungen, welche unter absoluter Empfindungslosigkeit des Kranken vor sich gehen, analog den Aeusserungen des Raptus melancholicus, wahrscheinlich auf imperativen Hallucinationen.

Die Gemeingefühlsstörungen, das mangelnde Gefühl des Hungers, des Durstes, der körperlichen Ermüdung, beruhen ebenso auf einer Apperceptionsunfähigkeit; denn dass der vegetirende Körper zu seiner Erhaltung der Einführung von Nahrungsmitteln bedarf, dass bei der anatomischen Intactheit des Tractus digestivus die Nahrungsstoffe assimilirt werden, das heisst, dass ein Hunger- und Durstgefühl mit der Fähigkeit, dasselbe zu stillen, bei der Abstinenz bestehen muss, unterliegt keinem Zweifel: Die Erfahrung lehrt auch, dass die beginnende Reconvalescenz stets mit zunehmendem Nahrungsbedürfniss Hand in Hand geht. Der Maniakus kennt in seinen Erregungszuständen kein Ermüdungsgefühl, weil er nicht appercipirt; ist das Erregungsstadium abgelaufen, so bricht er kraftlos zusammen, weil sich jetzt die Empfindung der Erschlaffung in dem Gehirn, welches nicht mehr unter dem Einfluss und unter der Herrschaft psychomotorischer Impulse steht, geltend macht.

Man benutzt diese Apperceptionsunfähigkeit für das Ermüdungsgefühl als differential-diagnostisches Merkmal zwischen Simulation und wirklicher manischer Erregung.

In dem zweiten Falle, wo der mit normaler Intensität im Centrum anlangende Reiz als solcher verkannt und umgedeutet wird, tritt der sich abspielende Vorgang als Anästhesie und Parästhesie in die Erscheinung. So glauben die Geisteskranken, wenn Arme und Beine empfindungslos erscheinen, dass diese aus Holz oder aus Glas beständen. Hier findet demnach eine Umdeutung in illusorischem Sinne statt. Dieses kann aber nur geschehen, wenn wirklich ein Reiz appercipirt wird; was nicht zum sinnlichen Begriff wird, kann man nicht umdeuten,

denn die Illusion kann nicht des Objects entbehren, sonst ist es keine Illusion mehr. Wenn der Kranke aus Veranlassung einer sogenannten Hemianästhesie glaubt, dass eine Leiche neben ihm liegt, so ist das keine peripherische Anästhesie, sondern nur auf Grund seiner Bewusstseinsstörung eine Umdeutung der Summe der Empfindungen aus der einen Hälfte seines Körpers.

In dem dritten Falle, wo im Gehirn eine diesbezügliche Hallucination vor sich geht, und diese gleichsam in die peripherischen Theile des Nervensystems verlegt wird, können ähnliche Erscheinungen von Anästhesieen und Parästhesieen wie bei No. 2 auftreten. Derartiges kommt bei hypochondrischer Neurasthenie zur Beobachtung.

Analog sind die Sensibilitätsstörungen, welche bei Geisteskranken als Hyperästhesieen und Hyperalgesieen auftreten, auf centrale Vorgänge zurückzuführen. Sie beruhen 1) auf Erhöhung der Apperceptionsfähigkeit, wie bei Maniacis, 2) auf Autosuggestion, wie bei Hysterischen.

2. In einzelnen Formen der Psychosen.

§. 132.

Infolge dieser unserer Betrachtungen kommen wir zu folgendem Schluss: Bei Dysthymischen wird man häufig auf anästhetische und analgetische Stellen bei der Untersuchung stossen; diese Sensibilitätsstörungen sind jedoch nicht peripherisch, sondern central. Der Kranke appercipirt auf Grund seines gebundenen Vorstellungsmechanismus entweder viel schwächer oder gar nicht mehr äussere Reize. Dem widerspricht auch nicht der Vorgang, dass solche Kranken zusammenzucken, wenn z. B. das Septum narium durch einen Stich gereizt wird. Die Reaction auf den Stich ist ein Reflexact. Die Sucht der Melancholischen, sich die Haut blutig zu kratzen, die Nägel abzubeissen, die Haare auszureissen etc., beruht nicht auf einer Hyper- oder Parästhesie, sondern ist nur ein Ausdruck der Angst, von der sich der Kranke durch solche impulsiven Acte zu befreien sucht (cf. §. 33). Die ähnlichen Erscheinungen bei chronisch Dementen und Blödsinnigen sind bei vollständigem Erlöschen jeder cerebralen Thätigkeit rein automatische Handungen. Wie das Vorstellen des Kranken leer ist, so ist auch sein Empfinden herabgesetzt bis aufgehoben.

Bei dem Hyperthymischen ist die Sache umgekehrt. Man findet bei ihm Hyperästhesieen und Hyperalgesieen, hervorgehend aus der gesteigerten Apperceptionsfähigkeit, auf Grund der erheblich erleichterten Ablaufsgeschwindigkeit seiner cerebralen Vorgänge. Aus derselben Veranlassung besteht auch meist eine Steigerung

der Reflexe, wodurch bei Sensibilitätsprüfung leicht Veranlassung zu Täuschungen gegeben werden kann. Kommen die Empfindungen ihm nicht zur Apperception, so haben wir mit einem Hallucinanten oder einem perturbirten Individuum zu thun, welches durch die Ueberfüllung seines Bewusstseins mit Vorstellungen und durch den Trieb der Umsetzung dieser Vorstellungen in psychomotorische Acte von den Empfindungen des eigenen Körpers abgelenkt ist.

Bei Paranoischen treten keine Sensibilitätsabweichungen ein. Bei Paralytikern treffen wir auf Sensibilitätsstörungen entweder, wenn das Sensorium benommen ist (psychische Empfindungsanomalie), oder wenn materielle Veränderungen in den Gefühlscentren, Leitungsbahnen und peripherischen Endorganen sich etablirt haben (organische Empfindungsanomalie). Bei Katatonischen sehen wir die Empfindungssphäre sich ähnlich derjenigen bei Epileptikern verhalten. Die Katatonie ist in ihren Stuporphasen ein tonischer, die Epilepsie ein tonisch-klonischer Krampfzustand. Während der Krampfanfälle wird sich die Sensibilität gleich verhalten, appercipirt wird nichts, erst beim Abklingen der Paroxysmen werden äussere Reize allmählich wieder empfunden.

Wirkliche, echte sensible Störungen, beruhend auf entzündlichen Vorgängen in den peripherischen Nervenzweigen, finden sich bei den Intoxicationspsychosen infolge von Alkoholmissbrauch, Saturnismus, wo sie indessen auch schon vor Eintritt der Psychose als neuritische Erscheinungen zu beobachten sind. Sie treten auch hier als Anästhesieen, Hypästhesieen, Hyperästhesieen, Hemianästhesieen und Steigerung der Reflexerregbarkeit und Aufhebung der Schmerzempfindung auf. Ebenfalls können sie hier zu Bildung von Wahnideen Anlass geben, wie z. B. ganz gewöhnlich die sexuelle Frigidität als eheliche Untreue wahnhaft gedeutet wird (Schüle).

Die parästhetische Empfindung von Staub und Unreinlichkeit auf der Haut, welche Kranke impulsiv treibt, sich fortwährend zu waschen, ist das Product einer Zwangsvorstellung, welche nur auf neurasthenischer Basis entsteht.

Eine scheinbare peripherische Hyperästhesie ist auch die Erscheinung bei Hysterischen, dass ein Affect oder die streng auf einen Punkt gerichtete Aufmerksamkeit an diesem anomale oder schmerzhafte Empfindungen hervorruft. Auch dies ist die Wirkung eines centralen Vorganges, der Autosuggestion: Der Kranke will an jener Stelle den Schmerz empfinden und empfindet ihn nun wirklich. Schon bei Gesunden genügt häufig ebenso der Affect der Furcht, schmerzhafte Empfindungen hervorzurufen.

3. Zustände abnormer Erregung in der Bahn sensibler Nerven, Neuralgieen.

§. 133.

Intercostal-, Lumbal-, Occipital- und Trigeminus-Neuralgieen sind häufige Begleiterscheinungen des Irreseins. Eine recrudescirende Neuralgie kann gewissermaassen als Aura für den psychischen Anfall eine Form der Psychose auslösen. (Kahlbaum'sche Reflexpsychose.) Hemikranie (Migräne), halbseitiger Kopfschmerz, welcher in Anfällen von ein- bis mehrtägiger Dauer und Pausen von Tagen bis Monaten, nach auraartigen Erscheinungen von Uebelkeit etc. gleichzeitig mit Hyperästhesie der Kopfhaut und Schmerzhaftigkeit auf Druck des Trigeminus auftritt, ist oft der Vorläufer von Heerderkrankungen und das erste Symptom der progressiven Paralyse. Ebenso häufig bedeutet er aber auch Nichts.

Der heftige Kopfschmerz, der als Vorläufer des Delirium acutum und vor und nach epileptischen Anfällen auftritt, ist der Ausdruck eines constitutionell invaliden, neuropathischen Gehirnzustandes.

II. Störungen der Motilität.

§. 134.

1. Im Allgemeinen. Die Motilitätsstörungen sind meistens durch materielle Veränderungen im Centrum, den Leitungsbahnen oder peripherisch hervorgerufen. Die grossen Ganglienzellen in den Vorderhörnern haben einen trophischen Einfluss auf die Muskeln. Bei Erkrankung derselben oder der zuleitenden Nervenbahnen tritt eine degenerative Atrophie der peripherischen motorischen Nerven und dann auch der Muskeln ein.

Dass der Dysthymiker sich nicht schnell bewegt, liegt an der psycho-motorischen Hemmung, wie umgekehrt die Beweglichkeit des manisch Erregten auf einer Ueberfüllung des Bewusstseins mit Reizen, die sich nach aussen drängen, beruht.

Ganz besonders häufig werden motorische Störungen (Pupillen-Differenz, Facialis-Parese, Tremores, Unsicherheit der Bewegungen) in Fällen schwerer Alkoholintoxication beobachtet.

Sie können das Bild florider paralytischer Geistesstörung vortäuschen. Der Wegfall der Lähmung schliesst durchaus nicht eine tiefere cerebrale Erkrankung aus. Gerade im Verlauf der typischen Paralyse sieht man häufig einen Wechsel in den Paresen und Lähmungen; sie können selbst für einige Zeit ganz schwinden, heute Pupillendifferenz, morgen ganz normale Pupille. Ausser bei der Paralyse beobachtet man motorische Störungen vorübergehend als Rest abgelaufener Gehirnkrankheiten, als Ausdruck von Druckschwankungen, bedingt durch Hydrocephalieen. Oft genug compliciren motorische Reize und Lähmungserscheinungen auch das Bild der Epilepsie.

Die motorischen Störungen mit dem Charakter der Ausfallserscheinungen

zeigen sich als unzureichende Innervationen, keineswegs als typische Lähmungen. Die Sprachstörung der Paralytiker hebt die prompte Innervation der gegliederten Sprache auf; ebenso ist die unregelmässige Contraction der Iris keine eigentliche Lähmung, sondern das Resultat des gestörten, synergetischen Zusammenwirkens aller Muskeln in der Iris, welches sich in einer unregelmässigen Umrandung der Pupille, bei erhaltener Reactionsfähigkeit äussert. Die Lähmungssymptome tragen den Charakter corticaler coordinatorischer Störungen (Salgó).

2. Abnorme motorische Reaction gegen Elektricität. Die Abnormitäten motorischer Reaction gegen den faradischen Strom äussern sich in zwei verschiedenen pathologischen Formen, diejenige der Convulsibilität und diejenige der Erschöpfbarkeit. (Benedict cit.) und vertheilen sich so, dass am häufigsten bei Erregten und demnächst bei den Depressionszuständen mit Sensationen Convulsibilität, bei Deprimirten sowohl Convulsibilität als Erschöpfbarkeit, bei Katatonie und dem Blödsinn verminderte Erregbarkeit vorkommen (Emminghaus).

Bei Dysthymikern, auch bei solchen mit katatonischen Zügen, trat Anoden-Schliessungs-Zuckung vor derjenigen der Kathoden-Schliessung ein: auch beobachtete man einige Male Differenzen der Erregbarkeit beider Körperhälften.

Das motorische Nervensystem der Paralytiker zeigt sowohl Uebererreglichkeit als auch herabgesetzte Irritabilität für die beiden Stromesarten. (Aufino — Ueber das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Geisteskranken 1889). Bei dem faradischen Strom zeigt sich die Convulsibilität bei Paralytikern darin, dass die elektro-musculäre Erregbarkeit rascher und bedeutender als im Normalzustande wächst; bei der Erschöpfbarkeit nimmt unter der Wirkung des Stromes dieselbe rasch bis zum Verschwinden ab. —

Im Allgemeinen deutet die Steigerung der Erregbarkeit des Nerven- und Muskelsystems auch Reizungsvorgänge an. Die verminderte Erregbarkeit lässt auf Erschöpfung durch Ueberreizung oder auf Ausbreitung des Krankheitsprozesses über tiefere Abschnitte des Cerebrospinal-Systems schliessen. Normale Reaction ist bei vorhandener Lähmung entweder als Uebergang von erhöhter zu verminderter Reaction aufzufassen, oder bei spinaler Ursache der Paralyse dadurch begründet, dass noch keine secundäre Veränderung der Erregbarkeit in der Peripherie etablirt ist.

3. Abnormitäten in der Grösse und Reflexempfindlichkeit der Pupillen. Erweiterung derselben mit gut erhaltener Irisreaction findet man bei allen Zuständen gesteigerter Erregbarkeit, Pupillenerweiterung mit aufgehobener Irisreaction kommt im Delirium acutum, bei der Meningitis und im epileptischen Anfall vor. Pupillenverengerung mit mangelnder Irisreaction findet man ebenfalls am häufigsten bei idiopathischen Gehirnkrankheiten z. B. der Paralyse, der Lues, und der multiplen Sklerose.

Die pathologische Pupillenreaction zerfällt nach Magnus in: a. Erkrankung des centripetalen Theils des Reflexringes. (N. opticus, Chiasma, Tractus opticus, Verbindungsbahn nach der Rinde). b. Erkrankung desjenigen Theiles des Reflexringes, welcher den Lichtreiz von den Vierhügeln auf den Oculomotoriuskern (Meynert'sche Fasern) überträgt. c. Erkrankung des centrifugalen Theils des Reflexringes (Kern des Sphinkter Iridis, Stamm des N. oculomotorius, Endigung des N. oculomotorius in der Iris).

Aus pathologisch-anatomischen Thatsachen und der physiologischen Anatomie der progressiven Paralyse hat man gefolgert, dass unmittelbar dem dritten Ventrikel anliegend ein Pupillencentrum sich befindet.

Die reflectorische Pupillenstarre, 1869 von Robertson beschrieben, ist besonders bei der Tabes (nach Erb in 84,5 %) und der progressiven Paralyse (nach Moch in 47 % und Beeinträchtigung der Reflexfähigkeit sogar in 61 %) ein wichtiges Symptom, welches oft allen anderen lange voraufgeht. Die Stelle, deren Verletzung oder krankhafte Veränderung den Reflex der Pupille aufhebt, muss in dem Reflexbogen zwischen Opticus und Oculomotorius liegen.

Nach Key, Retzius und Gudden dienen besondere Fasern im Opticus zur Uebertragung des Lichtreizes auf die Pupillenbewegung, die Pupillarnerven. Die zum Sphinkter Iridis gehenden Fasern verlaufen im Oculomotorius. Flourens nahm als Ort der Uebertragung des Lichtreizes auf die Pupillenbewegung bei den Säugethieren die Vierhügel an, Budge genauer die innere Hälfte der vorderen Vierhügel. Magnus bezeichnet als Reflexbahn den Tractus opticus, Vierhügel, Meynert'sche Fasern, Sphinkterenkern im Oculomotoriuskern. Knoll fand bei Zerstörung der vorderen Vierhügel die reflectorischen Irisbewegungen ungestört, desgleichen Gudden, welcher das Corpus geniculatum externum für das Centrum der Pupillenfasern hält. Mendel entfernte, um das Centrum für die Pupillenbewegung zu finden, bei einer Anzahl neugeborener Hunde, Katzen und Kaninchen die Iris. In den Fällen, in welchen der Bulbus vereiterte, fand sich bei der Section immer neben der Atrophie des vorderen Vierhügels und des Corpus geniculatum externum der entgegengesetzten Seite eine Atrophie in dem Ganglion habenulae der kranken Seite. In den weniger zahlreichen Fällen, wo der Bulbus erhalten blieb, fand sich dagegen stets nur eine Atrophie des Ganglion habenulae auf der operirten Seite, die vorderen Vierhügel waren intact. Da nach Darkschewitz die Pupillenfasern des Tractus opticus in die Glandula pinealis und das Ganglion habenulae gehen, ist letzteres als ein reflectorisches Centrum für die Pupillenbewegung aufzufassen. Damit stimmen die Experimente von Hansen, Völkers, Bechterew und Christiani überein, welche alle die Bedeutung der hinteren Wand des dritten Ventrikels für die Irisbewegung hervorheben. Zwischen dem Ganglion habenulae beider Seiten findet sich eine Commissur, deren Bedeutung wohl in der Herstellung der synergetischen Thätigkeit beider Pupillen zu suchen ist. Im Oculomotoriuskern liess sich in keinem Falle etwas Abnormes nachweisen, auch fanden sich keine atrophischen Fasern im Oculomotorius. In zwei Fällen beobachtete Mendel eine Atrophie des Gudden'schen Kerns, dessen nahe Beziehung zu den Oculomotoriusfasern unzweifelhaft feststeht. Demnach würde sich als Reflexbahn für den das Auge treffenden Lichtreiz und die folgende Zusammenziehung der Pupille ergeben: Nervus opticus, Tractus opticus ungekreuzt zu dem Ganglion habenulae von dort durch die hintere Commissur zum Gudden'schen Kern und aus diesem zu den Fasern des Oculomotoriusstammes. Jede Drucksteigerung im Gehirn, wie sie im Beginn der Paralyse durch gesteigerte Blutfülle stattfindet, macht sich gerade an dieser Stelle der hinteren Wand des dritten Ventrikels besonders leicht geltend und bewirkt die reflectorische Pupillenstarre. Bei der Tabes werden bekanntlich gewisse Hirnbezirke sehr früh mit Vorliebe befallen. So fand sich in einem Falle von Moeli ein Tumor in dem vorderen Abschnitt des dritten Ventrikels, der eine dauernde Aufhebung der Pupillen-Reaction auf Licht herbeigeführt hatte. Schütt fand Faserschwund, welcher reflectorische Pupillenstarre zur Folge hatte, im centralen Höhlengrau des dritten Ventrikels unter dem oberen Ende des Aquaeductus Sylvii, Stellen, die sich mit Mendel's Localisation vielleicht in Einklang bringen lassen.

4. Functionsanomalieen in den motorischen Centren der Leitungsbahnen. v. Krafft-Ebing unterscheidet davon zwei Arten: 1. Solche Störungen, welche entweder vor der Krankheit aufgetreten sind oder Folgeerscheinungen früherer nervöser Erkrankung (Tremor, Gesichtskrampf), oder angeborner Anomalieen sind (ungleiche mimische Innervation als functionelles Degenerationszeichen). 2. Solche, welche mit der psychischen Krankheit zugleich auftreten: a. Complicirende, bedingt durch ein allgemeines Leiden (Anämie, Chorea, Hysterie und Epilepsie) oder durch heerdartige, mit der Psychose nicht in Beziehung stehende Krankheiten (Tumor cerebri, Apoplexie). b. Solche, welche neben der Psychose herlaufen und durch denselben anatomischen Process wie diese hervorgerufen sind.

Man unterscheidet a. „Lähmungen als Folge heerdartiger oder diffuser Hirn- oder Rückenmarksprocesse (Paralyse, Dementia senilis, Alkoholismus chronicus, Delirium acutum). Besonders wichtig sind hier die Lähmungen der Nn. hypoglossus, facialis, oculomotorius, ferner Deglutitionsstörungen als bulbäre Symptome im Endstadium der classischen Paralyse und des Delirium acutum. b. Krämpfe aus Capillaranämie motorischer Hirntheile (Gefässkrämpfe, Oedem) oder gesteigerte Reflexerregbarkeit. Hierher gehören gewisse Deglutitionsstörungen bei Delirium acutum und bei Hysterie. Das Zähneknirschen, eine Krampfform, bedingt durch Reizung der Portio minor N. trigemini, wird bei der Dementia paralytica, hydrocephalischer Idiotie und Delirium acutum beobachtet. c. Contracturen, vor allen Dingen bei der Katatonie, ferner bei Heerderkrankungen (Apoplexie, Sklerosis), zuweilen auch infolge zu langer Beibehaltung der Beugestellung. d. Tremor aus Anämie, Alkoholintoxication, organischen Hirnaffectionen (Sklerosis, Dementia paralytica), zuweilen auch als Ausdruck psychischer Erregung (Angst). e. Coordinationsstörungen (Dementia paralytica, Delirium acutum) durch organische Veränderungen im Coordinationsmechanismus, Verlust der Bewegungsanschauungen, Ausfall der Muskelgefühle."

5. Zu den motorischen Reizerscheinungen gehören die allgemeinen Convulsionen. Diese paroxysmell auftretend, beruhen nach Salgó's Ansicht auf erheblich und rasch einsetzenden Druckschwankungen und Aenderungen der Circulationsverhältnisse im Schädelraum. Anfallweise auftretende Krämpfe kennt man als ein selten fehlendes Symptom der Paralyse und der acuten Alkoholvergiftung. Sie unterscheiden sich symptomatisch gar nicht von den Krampfanfällen der Epilepsie. Paroxysmelle, allgemeine Convulsionen sind immer der Beweis dafür, dass der Krankheitsverlauf ein schwerer ist, und die Gehirnfunctionen in tiefer, häufig irreparabler Weise ergriffen sind.

III. Störungen der Sprache.

A. Einleitung.

Physiologie der Sprache.

§. 135.

Als ein wichtiges Hülfsmittel zur Diagnostik dient der sprachliche Ausdruck. Das Tempo, die Redeweise, die syntaktischen Sprachfehler, schliesslich die gänzliche Neubildung von Wörtern, sind für gewisse psychotische Zustände charakteristisch; der kundige Arzt wird aus ihnen heraus schon häufig die Diagnose stellen können.

Die Bedingungen eines sprachlichen Verkehrs sind nach Exner (v. Krafft-Ebing's Lehrbuch, Ed. III p. 108): 1. Hören der Worte eines Andern (wenn nicht Taubheit), 2. Verstehen der Worte (wenn nicht Worttaubheit besteht), 3. Entwicklung eines associativen Denkens, das die Antwort formulirt (möglich, so lange nicht durch geistige Krankheit die Formulirung der Gedanken gestört ist), 4. Einkleidung der die Antwort enthaltenden Vorstellungen in Worte (möglich, so lange nicht amnestische Aphasie besteht), 5. Umsetzung der Wortvorstellung in die entsprechenden Bewegungsanschauungen, (möglich, so lange nicht ataktische Aphasie besteht), und 6. Uebertragung des Innervationsimpulses in richtiger Stärke und Coordination auf die Sprachmuskeln (möglich, so lange nicht Erkrankung des Gehirnstammes oder des Bulbus eintritt). Auf tiefer geistiger Stufe kann die Sprache auf Geberden- oder Lautsprache beschränkt sein (Idioten, Blödsinnige); auf höherer Stufe steht die Sprache gewisser Blödsinnigen, welche die eben gesprochene Phrase ganz oder nur das letzte Wort wiederholen (Echolalie). Die höchste sprachliche Leistung ist die Schriftsprache. Von rein articulatorischen Sprachstörungen kommen hier nur diejenigen in Betracht, welche durch Störung der Hirnrinde vermittelt werden. Die psychischen Störungen der Sprache durch Erkrankung der Hirnrinde bedingt, theilt Kussmaul (cit.) in dysphasische und dysphrasische ein.

B. Sprachstörungen.

§. 136.

I. Dysphasische Sprachstörungen.

a. Die reinen Aphasieen mit meist amnestischem, seltener ataktischem Charakter (bei der Paralyse, im traumatischen und mitunter im epileptischen Irresein). b. Die Aphasieen, welche sich als Agraphie, Paragraphie, Alexie und Paralexie (unter der Salgó'schen

Paralexia paralytica versteht der Autor die vollkommene Incohärenz im Lesen, ohne dass eine paralytische Sprachstörung bemerkbar sein muss. Es werden in den Text Worte eingefügt, die gar nicht hingehören, oder richtig gelesenen Worten Silben angehängt, welche den Satz unverständlich machen), sowie als Worttaubheit und Wortblindheit (bei der Paralyse) zeigen.

2. Dysphrasische Sprachstörungen.

a. In der Veränderung des Sprachtempos. Bei der psychomotorischen Hemmung in depressiven Zuständen ist natürlich auch die Sprache in ihrem Tempo verändert. Entweder sprechen die Kranken sehr langsam, man muss ihnen gleichsam jedes einzelne Wort herausholen, und es ruft bei ihnen förmlich ein Unlustgefühl hervor, wenn man sie zum Sprechen zwingt; oder bei den schweren Formen kommt es zum katatonischen Mutacismus. Hier hört jede sprachliche Bildung bei der grossen Spannung im psychomotorischen System auf. Bei Blödsinnigen ist die Sprache als Vermittlerin der Gedanken deshalb verlangsamt, weil wenig Gedanken vorhanden sind. Der katatonische Mutacismus ist nicht mit der Stummheit bei Verrückten infolge von verbietenden Hallucinationen und Wahnideen zu verwechseln. Die Sprache ist in den Exaltationszuständen infolge rascherer associativer Vorgänge beschleunigt. Erreichen diese eine solche Höhe, dass auch die Sprache schliesslich nicht mehr folgen kann, so kommt es zur Sprachverwirrtheit.

b. In Veränderung der Redeweise. Der Affect, in dem sich der Kranke befindet, giebt der Redeweise die äussere Form. Die „profuse Geschwätzigkeit, die prompte Umsetzung reicher andrängender Vorstellungen“ (Schüle) sind für die manischen Zustände charakteristisch. Auf der Höhe des Affects kommt es zu sinnlosen Reimereien: „Ich bin weg, der liegt im Dreck, meine Frau ist todt, Du bist roth etc.“

Bei den Kranken mit intellectueller Schwäche beobachtet man Stereotypieen, es werden immer dieselben Worte, dieselben Phrasen hergeplappert, ohne dass schliesslich der Kranke selbst mehr seiner Faseleien bewusst wird. Jeden Morgen auf der Visite begegnete ich derartigen halb automatisch vorgebrachten Bitten: „Herr Doctor, ich möchte Sie gern ham“ (Dialekt des Eisenacher Unterlandes); dann hörte ich wieder von einem Kranken, der 20 Jahre im Irrenhause war, stets mit derselben Emphase die Worte: „Ich muss nun endlich (!) wirklich darauf bestehen, nächstens (!) entlassen zu werden, etc.“

Die sinnlose Aneinanderreihung derselben Worte, derselben kurzen Sätze und Satzfragmente oder bedeutungsloser Laute im Ton der Rede,

begleitet von den jeweiligen Affecten ist ein wichtiges Symptom der Katatonie. Diesen theils auf Hemmung, theils auf Reizung beruhenden Vorgang nennt Kahlbaum Verbigeration. Ueber eine Abart derselben bei der secundären Verwirrtheit (Paralepsie) vergleiche man §. 67.

c. In syntaktischen Sprachfehlern. Sie bestehen in Ausserachtlassung von Declination und Conjugation mit hauptsächlicher Anwendung von Hauptwort, Infinitiv und Particip, indem die Kranken, wie kleine Kinder es thun, in der dritten Person sprechen (v. Krafft-Ebing). Eine andere Form ist die ungrammatikalische Flexion von Hauptwörtern zu Zeitwörtern: Leitartikel = leitartikeln etc.

d. In Neubildung von Wörtern (Phraseomanie). Wenn man an die enorme Productivität gewisser Kranken denkt, an die Leichtigkeit, mit welcher sie bei vollständiger Gleichgültigkeit ein Thema in einem Zuge nichtssagender Redensarten Seiten lang zu Papier zu bringen verstehen, so möchte man als bezeichnende Ausdrucksweise für diese Symptomenform das Wort Phraseomanie (Goullon) gebrauchen. Es giebt zwar schon das Wort Lalomanie oder Syllidinosis für die Sucht mancher Irren, fortwährend zu reden, nur um zu reden, articulirt oder nicht, in vollständigen oder halben Sätzen, mit bestehenden oder erst gemachten Wörtern; allein für die krankhafte Productivität dieser Worte und Satzbildungen auf dem Papier giebt es noch keinen passenden Ausdruck. — Für die sogenannte Schreibseligkeit, für die excessive Productivität mit der Feder kann man das Wort „Graphomanie" wählen. Dieselbe trifft man häufig neben der Redseligkeit auch in den Fällen, in welchen behufs Morphiumabgewöhnung oder aus anderer Veranlassung Injectionen von grossen Cocaïndosen gemacht werden.

Bei einer hebephrenischen Dame, welche schon erheblichen Blödsinn zeigte, führten periodische Reize, abnorme Sensationen zu auffallenden Neubildungen von Wörtern z. B. beklagte sie sich häufig, dass die Oberin sie „anexe", dieselbe setze sich ihr in den „militairischen Seitenton" und in den „Zahnverzug"; dann fuhr sie fort: „Ich lebe doch hier meiner Jugend (45 Jahre alt) und da brauche ich mir nicht gefallen zu lassen, dass die Oberin meine Verzeugung anlymphht" u. s. w.

Die Paraphrasia vesana Kussmaul's ist eine Neubildung unverständlicher oder eine Anwendung bekannter Wörter in einem völlig fremden Sinn (cf. §. 67 p. 89).

IV. Störungen der Schrift.

A. Im Allgemeinen.

§. 137.

Die Störungen der Schrift sind in vielen Fällen, sowohl inhaltlich, wie auch in der äusseren Form für die Diagnose zu verwerthen. Jedoch wird man andererseits von der Logik der Ideen, der associativ

correcten Auffassung der Verhältnisse in den Briefen Alienirter, welche in der Anstalt zu den unheilbaren Pfleglingen gehören, überrascht sein. So schrieb die oben erwähnte hebephrenische Dame die reizendsten Briefe, welche kaum eine geringe Spur des tiefen Verfalls ihrer Geisteskräfte zeigten. Ein ganz gutes Mittel, quoad sanitatem perfectam im Klaren zu sein, sind die Briefe solcher Kranken, welche als Geheilte entlassen werden sollen. Spricht der Geheilte in denselben frei über seine abgelaufene Krankheit, zeigt er volle Einsicht in dieselbe und verlässt er mit dankbarem Gefühl die Anstalt und seine Pfleger, so kann man getrost von einer vollendeten geistigen Gesundheit sprechen.

Die Störungen zerfallen nach Erlenmeyer (Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Stuttgart 1879):

1. In die mechanischen Schriftstörungen a) die ataktische Schrift, b) die Zitterschrift,

2. In die psychischen Schriftveränderungen, die Dysgrammatographieen a) die bewusstzwangsartigen α) die Agraphie, β) die Paragraphie, b) die willkürlich unbewussten: Die Schrift der Paralytiker κατ' ἐξοχήν.

Erlenmeyer versteht unter den mechanischen Veränderungen der Schrift derartige Störungen, welche „sich durch eine abnorme Ausführung der äusserlichen Darstellung markiren, und durch welche keinerlei Sinnfehler in die Schrift kommen; die formal alterirte Schrift erscheint nur undeutlich ev. unleserlich, also formfalsch, nie sinnfalsch.

Die psychischen Alterationen der Schrift widersprechen der Orthographie, der Formenlehre und Syntax, also der Grammatik (Dysgrammatographie). Diese kann durchaus formrichtig sein, ohne es jedoch sein zu müssen. Diese Form verbindet sich sehr häufig mit den beiden Arten formaler Störung."

B. Specielle Schriftstörungen.

§. 138.

I. Die mechanischen Schriftstörungen.

a) Die ataktische Schrift. Dieselbe charakterisirt sich durch „excessive Ausführung" der Buchstaben, durch Nichteinhalten der geraden Linie mit Neigung zur Bogenlinie und durch mangelhaftes Einhalten der gleichen Grösse in den einzelnen Buchstaben. Die Schrift macht den Eindruck, als hat der Schreiber keine Macht mehr über die Bewegungen der Finger. Die Feder entfährt gewissermaassen seinem Willen. Die ataktische Schrift findet sich nach Erlenmeyer „pathologisch infolge aller Erkrankungen, welche Ataxie der Handbewegungen machen (cerebrale, cerebellare und spinale Affectionen von bekannter Localisation, Alkoholintoxication, Paralyse)".

b) Die Zitterschrift charakterisirt sich durch „Wellenlinien statt gerader Linien.“ Die Haar- und Grundstriche sind zitterig, sie entsprechen den Zitterbewegungen der Hand. Die einzelnen Buchstaben sind gleichmässig ausgeführt, die gerade Linie ist innegehalten. Zitterschrift, welche häufig mit ataktischer Schrift verbunden vorkommt, findet sich hauptsächlich infolge von multipler Sklerose (Paralyse).

2. Die dysgrammatischen Veränderungen.

a) Die bewusst-zwangsartigen. *α*) Bei der Agraphie kann das Zeichenbild für die Schriftzüge des Wortes nicht gefunden werden (Scholz), d. h. es besteht ein Ausfall der optischen Erinnerungsbilder der einzelnen Buchstaben; sie entspricht der amnestischen Aphasie. Nach Charcot ist Agraphie mehr oder weniger vollkommener Verlust derjenigen coordinirten Bewegungen, welche der Hand mitgetheilt werden, um dem Gedanken durch die Schrift Ausdruck zu geben. Nach diesem Autor kommt die Substitution eines sensorischen Centrums durch das motorische vor. So hilft bei der Worttaubheit das motorische Schreib- oder Sprachcentrum, bei der Wortblindheit das motorische Schreibcentrum aus.

β) Paragraphie ist die Verwechselung von Schriftzeichen unter einander, so dass den richtigen Buchstaben oder Wörtern falsche untergeschoben werden. Erlenmeyer definirt die Schriftstörung mit dem „Unvermögen, die Vorstellungen mit den zugehörigen Schriftzeichen zu verbinden.“ Die Paragraphie entspricht der Paraphasie. Der Kranke ist sich dieses Fehlers bewusst, kann aber nicht anders schreiben.

b) Die unwillkürlich-unbewussten. Im Gegensatz zu den paragraphischen Störungen, in denen der Kranke sich seiner Fehler bewusst ist, geschehen diese rein unbewusst und unwillkürlich, sie charakterisiren sich ebenfalls durch Einschieben falscher Buchstaben und Wörter. Sie sind im „Wesentlichen das Product geistiger Unaufmerksamkeit, geistiger Schwäche und eines mangelhaften Gedächtnisses für momentane Eindrücke“ (Paralyse).

3. Störungen in der Geschwindigkeit der Schrift.

Grashey hat untersucht, wie lange Zeit Jemand gebraucht, um ein bestimmtes Wort zu schreiben. Die Unterschiede in der Geschwindigkeit sind sehr grosse. Man muss zwischen der Handgeschwindigkeit (Bewegung von links nach rechts) und der Fingergeschwindigkeit (hauptsächlich von oben nach unten) unterscheiden. Die Handgeschwindigkeit steht etwas im Belieben des Schreibenden, die Fingergeschwindigkeit viel weniger. Besonders schnell wird der Name geschrieben, dann folgen oft geschriebene Worte; lässt man während des Schreibens eines

Wortes auf ein anderes dictirtes achten, so nimmt die Geschwindigkeit ab. Bei Paralytikern sind Hand- und Fingergeschwindigkeit sehr herabgesetzt. Bei Maniakalischen konnte die Geschwindigkeit nicht mehr gesteigert werden durch den Auftrag, möglichst rasch zu schreiben.

V. Störungen im Gebiete der vasomotorischen Nerven.

§. 139.

v. Krafft-Ebing betont treffend die Wichtigkeit der Störungen des Vasomotorius, weil zahlreiche Psychosen in Angioneurosen des Hirns begründet sind. Die Richtigkeit dieses Satzes kann man täglich bestätigt finden. In den dysthymischen, ohne Erregung verlaufenden Fällen, beruht die Psychose sicherlich mit auf dem neuropathischen Innervationszustande der Arterien und auf dadurch hervorgerufenen Ernährungsstörungen der Hinrinde. Der kleine spastische Puls und die livide Hautfärbung bei Dysthymie deuten ebenfalls auf Gefässverengerung. Umgekehrt wird sich beim Maniakus stets ein Zustand von Gefässlähmung und dadurch bedingte functionelle Hyperämie des Gehirns finden, abgesehen von solchen Fällen, in welchen die Aufregung Folge einer Reizerscheinung, beruhend auf Inanition oder überhaupt auf Erschöpfungszuständen ist.

Halbseitige Gefässlähmungen finden sich häufig in den verschiedensten Stadien der Paralyse im Gebiete des Halssympathicus; sie sind zweifellos wichtige ursächliche Momente für die apoplektiformen Anfälle dieser Kranken (v. Krafft-Ebing). Auf tieferen und ausgebreiteteren vasomotorischen Störungen beruht das Auftreten von Oedemen, die regelmässig bei chronischem Blödsinn sich entwickeln. Bei der Paralyse treten sie gewöhnlich an den Füssen und zwar zuerst nur vorübergehend, späterhin auch bleibend auf. Nach Kahlbaum kommt Oedem und nervöse Stase auch bei der Katatonie vor.

VI. Störungen im Gebiete der trophischen Functionen.

§. 140.

1. Dass trophische Störungen mit Erkrankungen der nervösen Centralorgane zusammenhängen, dafür zeugen die angebornen anatomischen Degenerationszeichen bei pathologischen Individuen.

a) Binder theilt die hauptsächlichsten degenerativen Ohrformen folgendermaassen ein:

1. Fehlerhafte Implantation, 2. abnorme Grösse, 3. abnorme Kleinheit, 4. übermässig muscheliger Bau, 5. und 6. im allgemeinen unschöner Bau, 7. verschiedenartiger asymmetrischer Bau beider Ohren (Blainville'sches Ohr), 8. das läppchenlose Ohr, 9. angewachsene Läppchen, 10. das Stahl'sche Ohr I. (Anomalieen am Helix), 11. das

Darwin'sche Ohr (thierähnliche, spitze Beschaffenheit), 12. das Wildermuth'sche Ohr (abnorme Prominenz des Antihelix), 13. Nichtbildung des Antihelix und der Crura furcata, 14. das Stahl'sche Ohr II (Mehrgabelung der Crura furcata), 15. das Aztekenohr, 16. das Stahl'sche Ohr III (Ueberwiegen der Crura anteriora), 17. gedoppelter Helix, 18. zu grosse oder zu kleine Concha, d. h. Vertiefung der Muschel, 19. durchgehende Fossa scaphoïdea, 20. Morel'sches Ohr im engeren Sinne (grosse, abstehende Ohren mit niedrigen Leisten und flachen Gruben), 21. abnorme (angeborne) Knorpelbildung, 22. Mischformen.

Von 354 untersuchten Geisteskranken hatten 128 (d. i. 36%) abnorme Läppchen, unter 730 Rekruten nur 8%, unter einer Anzahl geistig hervorragender Personen 15%. Eigentlich degenerirte Ohren wurden bei 58% Geisteskranker constatirt, unter letzteren waren 53,6% belastet. Binder glaubt, dass möglicher Weise in der Ohrverbildung eine gewisse Prädisposition für Gehörstäuschungen gegeben sein dürfte, d. h. unter der Annahme, dass der äusseren Missbildung irgend eine Abnormität des inneren Organs entspreche.

b) Weitere Degenerationszeichen („Stigmata hereditatis") nach v. Krafft-Ebing sind: Anomalieen der Schädelbildung (Dolichocephalie etc., oder der Schädel bietet ungewöhnliche Hervorragungen und Eindrücke, ebenso das Gesicht, oder die beiden Gesichtshälften sind ungleich), Ausbleiben der zweiten Dentition, abnorm grosser oder kleiner Mund, Hasenscharte, Wolfsrachen, vorstehendes Os incisivum, Coordinationsstörungen der Zungenmuskulatur, schmaler oder zu flacher, breiter, einseitig abgeflachter Gaumen, hervorragende Kinnbacken, wulstige Lippen, schiefer Stand der Zähne, der Nase, der Augenschlitze, Schielen, angeborene Blindheit, Koloboma Iridis, Albinismus, Zwergwuchs, Klumpfuss, Klumphand, abnorm kleiner Penis, Epi- und Hypospadie, Anorchidie, Mikro-, Monorchidie, Hermaphroditismus, Uterus bicornis, fehlender Uterus, mangelnde Vagina, verschlossenes Hymen, fehlende Mammae, abnorme Behaarung am Körper, Bartwuchs bei Weibern, Cretinismus: die Sinne sind häufig unvollkommen entwickelt, namentlich kann der Geschmack völlig fehlen.

2. Othämatome treten ebenso wie Blutextravasate nach jeder leisen Contusion auf und sind dann die äussere Bekundung einer Degeneration der Knochen und Knorpel, einer anomalen Composition des Blutes, wie sie sich häufig als Folge von längerer mangelhafter Körperernährung bei chronischen Depressionszuständen, bei dem terminalen Blödsinn und bei der Paralyse vorfindet. Nach Schüle genügt in katatonischen Zuständen schon ein festeres Anfassen des Kopfes mit der flachen Hand, um ein Othämatom hervorzubringen, nach Scholz schon ein Liegen auf der umgebogenen Ohrmuschel.

3. Decubitus acutus perniciosus ist häufig eine Folgeerscheinung von apoplektischen Insulten, welche durch Gehirnblutungen verursacht werden und Hemiplegieen setzen.

Schon nach wenigen Tagen bildet sich auf der Hinterbacke oder dem Hacken, oder dem inneren Knie der gelähmten Seite eine umschriebene Röthung, der zunächst Blasenbildung und schliesslich ein tiefgreifendes Gangrän der Weichtheile sich anschliesst. Charcot hielt den Decubitus für eine rein dystrophische Erscheinung. Demgegenüber schliesse ich mich der Meinung Strümpell's an, dass, da derselbe bei gut genährten Kranken nur sehr selten vorkommt, mehr auf Rechnung von äusseren Schädlichkeiten, auf den Druck bei längerer Bettlagerung marastischer Individuen und Eindringen von specifischen Stoffen zu setzen ist. Das Auftreten des Decubitus auf

dem Kreuzbein lässt nach Möbius auf eine spinale Läsion schliessen. Analog zeigt sich die Entzündung der Synovialmembran der Gelenke auf der Seite der Lähmung bei encephalomalacischen und apoplektischen Heerden (v. Krafft-Ebing).

4. Auf trophische Einflüsse weisen die auffälligen Schwankungen des Körpergewichtes unabhängig von der gleichbleibenden Nahrung hin.

Fürstner unterscheidet bei seinen Wägungen Geisteskranker drei Gruppen: 1. Solche mit einem bis zur vorliegenden primären Erkrankung normalen Hirn, 2. hereditär belastete, stark disponirte oder recidivirende, 3. Individuen, welche an „organischen" Psychosen leiden.

Eine grosse Anzahl Fälle aus der ersten Gruppe zeigen einen regelmässigen, steilen Abfall der Gewichtskurve, dann sich unmittelbar anschliessend, von einem bestimmten Moment an einen ebenso regelmässigen Anstieg, der oft noch über die Genesung hinaus fortbesteht. In einer zweiten Kurve ist der Anstieg weniger steil und regelmässig. Der Abstieg beginnt erst nach Schwankungen (namentlich bei Melancholischen). Diese beiden Kurven sind prognostisch am günstigsten; sie sind besonders den acuten primären Psychosen eigen.

In der zweiten Gruppe findet sich ein kurzer Abstieg, dann beständiges Auf- und Abschwanken, endlich in günstigen Fällen Anstieg. Findet sich diese Kurve bei der ersten Gruppe, so ist die Prognose meist zweifelhaft oder ungünstig.

Für die chronischen Formen ist Verharren der Kurve auf mittlerer Höhe, bei unbedeutenden Schwankungen nach oben und unten, charakteristisch. Beim Uebergang in Verblödung, d. h. in die terminalen Zustände der Paraphrenia alternans nimmt die Fettbildung ebenso wie das Körpergewicht zu. Bei den periodischen, circulären und epileptischen Psychosen kommt nach Fürstner Abfall des Gewichts um 2,5—4 kg innerhalb 24 Stunden, um 5—6,5 kg innerhalb weniger Tage vor. Zwischen Nahrungsaufnahme, motorischer Unruhe und Verhalten der Kurve sind keineswegs immer enge Causalbeziehungen vorhanden. Bei manchen Fällen sprechen in gewissen Intervallen auftretende Abfälle des Gewichts dafür, dass es sich um periodische Psychosen handelt.

5. Auf dystrophischen Zuständen beruhen die perniciösen Anämieen, ferner auf Erkrankungen des trophischen Centrums die enorme Knochenbrüchigkeit, die Ernährungsstörungen der epidermoïdalen Gebilde wie Zoster, Prurigo, rissige, rauhe Epidermis. Ein Zeichen von Ernährungsstörungen ist auch das Struppigwerden der Haare bei chronischen psychischen Zuständen. Nach Schüle hat man bei cyklischen Psychosen beobachtet, dass die Haare in der melancholischen Phase ergrauten und in der manischen wieder sich brünett färbten und dichter zu wachsen begannen.

6. Trophische Störungen sind jedenfalls auch die Ursache für die Muskelveränderungen bei einfachen Psychosen. An intra vitam und post mortem exstirpirten Muskelstückchen fand Fürstner Atrophie und körnige Umgestaltung des Muskelinhaltes, Kernvermehrung, Vacuolenbildung. Derartige Muskelveränderungen fanden sich bei erschöpften Frauen mit acuter hysterischer Verstimmung und bei einzelnen an Dementia paralytica verstorbenen Kranken.

VII. Störungen der secretorischen Functionen.

§. 141.

Bei der hyperthymischen Exaltation und der Manie sind die Secretionen gesteigert, in den depressiven Zuständen dagegen vermindert („Mes yeux sont ainsi secs que mon coeur“); erst mit beginnender Reconvalescenz pflegt sich das Weinen wieder einzustellen (v. Krafft-Ebing).

1. Urinsecretion[1]). a) Phosphaturie. Nach Mosler, Böcker, Genth, Hammond, Vogel werden bei geistiger Arbeit mehr Phosphate ausgeschieden als zur Zeit der Ruhe und bei Nacht. Wood bestreitet dieses; Kaupp und Mendel fanden im Nacht-Urin die Phosphate reichlicher. Southerland, Addison, Lombroso fanden bei acuter Manie, Addison auch bei Aufregungszuständen der Melancholiker Steigerung der Phosphatausscheidung, Mendel dagegen bei tobsüchtiger Erregung Verminderung der Phosphorsäure im Urin, bei apoplektischen Anfällen der Paralytiker eine Steigerung der Phosphatausscheidung. Southerland fand geringen Gehalt an Phosphaten in der Erschöpfungsperiode nach Tobsuchts-Paroxysmen, Addison und Lombroso in späteren Stadien der Manie, letztere auch bei Melancholie. Nach Mendel scheiden chronische Gehirnkranke, nach Addison und Lombroso auch alle Paralytiker abnorm geringe Mengen von Phosphaten ab. Southerland fand die Phosphorverbindungen im Blute der Tobsüchtigen reichlich, der Blödsinnigen spärlicher, entsprechend dem respectiven geringen Verbrauch an Nervensubstanz. Addison zeigte, dass der Phosphorgehalt des Gehirns im gesunden Zustande bedeutend schwanke und bei Geistesstörung in einem bestimmten Verhältniss zu der Natur des pathologischen Zustandes nicht stehe. Erlenmeyer führt das Sinken des Körpergewichts bei primären psychischen Processen auf gesteigerte Ausfuhr fester Theile durch die Nieren zurück. Bei Schwächezuständen sei das Körpergewicht deshalb hoch, weil der Urin wieder normal sei (Lombroso, Addison).

b) Specifisches Gewicht. Nach Lombroso scheiden Kranke, die an Dementia leiden, nach Koeppen auch Maniaci in Aufregungszuständen, einen specifisch schwereren Urin von 1030 Gew. und darüber ab. Nach Mendel kommen periodische Steigerungen in der Ausscheidung fester Theile bei Paralytikern vor, unter gleichzeitiger rascher Gewichtsabnahme ohne Fieber.

c) Albuminurie, Propeptonurie, Acetonurie. Im Urin von

---

[1]) Cf. Emminghaus. Allgem. Psychopath. p. 41

Geisteskranken findet sich bei acuten Formen häufig Eiweiss. Die Fälle von Albuminurie theilt Koeppen[1]) in 3 Gruppen ein:

1. Psychosen, in welchen der Zustand des Gehirns die Nieren beeinflusst. Der Eiweissgehalt des Urins steht im Zusammenhang mit deliriumartigen Zuständen der Psyche in acuten Erkrankungen, und zwar derartig, dass der Eiweissgehalt mit der Zu- und Abnahme der Verwirrtheit und Benommenheit steigt und fällt und mit der zunehmenden Aufklärung des Verstandes verschwindet; bei hochgradiger Benommenheit ohne Fieber ist der Eiweissgehalt grösser als bei Fiebertemperatur. So findet sich nach Fürstner Eiweiss beim Delirium tremens und nach Koeppen die grösste Ausscheidung davon bei dem Delirium acutum und den Formen des Deliranten-Wahnsinns und der Perturbation im manischen Stadium der Paraphrenia alternans. Bei Dysthymie und zwei Fällen von Verrücktheit (Koeppen) zeigte sich kein Eiweiss, ebenso wenig bei Dementia paralytica (welche zwei Mal mit Aufregung aber ohne Verwirrtheit verlief). Bei der Epilepsie war der beträchtliche Eiweissgehalt bemerkenswerth in Zuständen von Delirien, die entweder einen Anfall vertraten oder ihm folgten. Beim hysterischen Anfall fehlte Eiweiss. In Fällen von Gehirntumor waren die Ergebnisse der Untersuchung unsicher und widerspruchsvoll.

Man kann bei den deliranten Zuständen der Psychosen von einer centralen Albuminurie sprechen. Mikroskopisch fanden sich hyaline Cylinder und Theile von Epithelien, was bei der physiologischen Eiweissausscheidung, z. B. nach anstrengender geistiger und körperlicher Thätigkeit nach Senator niemals vorkommt.

2. Die zweite Gruppe enthält Psychosen, welche sich auf Grund einer Nierenerkrankung entwickelt haben (Hagen, Jolly). Dies kann einmal so geschehen, dass auf Grund von Urämie eine Geisteskrankheit sich entwickelt (urämische Intoxicationspsychose), andererseits kann eine chronische Nephritis ebensowohl einen Stuporzustand verursachen, als eine Psychose mit Stupor Albuminurie veranlasst.

3. In der dritten Gruppe ist der Eiweissbefund im Urin symptomatisch ein Zeichen für einen körperlichen Zustand, welcher in verschiedener Weise das Gehirn schädigen und eine Psychose herbeiführen kann. So entsteht Irresein hauptsächlich im Zusammenhange mit einer Arteriosklerose. Diese verursacht eine Erkrankung der Nieren und des Herzens, welche eine Veränderung der grossen Gefässe und endlich auch direct der Gehirngefässe nach sich zieht.

In Zusammenhang mit der Ausscheidung des Eiweisses trat auch

---

[1]) Koeppen — Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen (Arch. f. Psych. 1889, XX, 3. p. 285).

Propepton und zwar meist in der Weise auf, dass es mit der langsamen Entwicklung und Zurückbildung des Deliriums der Albuminurie voranging oder sie abschloss. Daher ist Propepton als das erste Zeichen einer pathologischen Beeinflussung der Nieren durch das Gehirn anzusehen. Auch in der zweiten Gruppe, in den Fällen mit Veränderung des Nierengewebes, kommt Propepton neben gewöhnlichem Eiweiss vor.

In chronischen Formen der Geisteskrankeit ist ebenfalls ein Zusammenhang der Verwirrtheit mit Albuminurie nachzuweisen, aber je länger, desto undeutlicher. Häufig tritt Anfangs Eiweiss auf und verschwindet, während der psychische Zustand unverändert bleibt, als ob der Körper an die cerebralen Einflüsse, die zu Albuminurie führen, sich gewöhnte. Auch bei Recidiven fehlt Eiweiss, das den ersten Anfall begleitete; umgekehrt dauert seine Ausscheidung bei kurzen Remissionen fort, weil der Einfluss der Nieren nachwirkt. Häufig kommt es erst nach gewisser Zeit zu erheblicher Eiweissabsonderung (Koeppen).

Bezüglich der Diagnose ist es einmal von Wichtigkeit zu wissen, dass starke Eiweissausscheidungen bei Psychosen auch ohne Nephritis vorkommen können; andererseits kann in zweifelhaften Fällen bei einer geistigen Störung durch Constatirung von Albuminurie Simulation ausgeschlossen werden.

Acetonurie fand sich nach den Untersuchungen von Rivano[1]) fast regelmässig bei Paralytikern, die weder in einem erregten noch einem bereits decrepiden Zustande sich befanden (9 Mal unter 10). Häufig fand sich Aceton im Urin bei Epileptikern (8 Mal von 28) im Anschluss an den Krampfanfall, aber keins in dem freien Intervall. Unter 21 Melancholikern fand sich bei 13 Aceton, was durch den schlechten Ernährungszustand infolge von Nahrungsverweigerung u. a. erklärt wird.

§. 142.

2. Die Speichelsecretion ist bei Depressionszuständen vermindert, bei Exaltationszuständen vermehrt. Ausfliessen des Speichels beim Blödsinn und Stupor ist nicht Ptyalismus. Reizzustände des Trigeminus (Neuralgieen) führen zu einem dünnen wässerigen Speichelfluss, Erregung des Sympathicus zu einem zähen Speichel (cf. Du Bois-Reymond Vorlesungen).

3. Magensaft und Galle. Die gebundene Stimmung, die Hemmung auf allen psychomotorischen Gebieten in den Depressionszuständen führt auch zu einer Stagnation der Verdauungsflüssigkeit und dem zufolge zu einer Dyspepsie, Obstipation, Stomatitis. Aus eben diesen Gründen ist auch die Gallensecretion verringert, mit ihr die Peristaltik.

---

[1]) Sulla acetonuria negli alienati, Annali di Freniatria 1888 I. p. 105 (ref. in Mendel's Neurol. Centralbl. 1889, Nr. 5).

4. Menstruation. Menstruationsstörungen sind besonders häufig bei acut auftretenden Psychosen, sonst ist nichts Bestimmtes über Amenorrhöen zu sagen. Bei den chronischen Psychosen finden keine Menstruationsstörungen statt. Die Menses kehren im Allgemeinen erst mit Wiedereintritt der körperlichen Gesundheit zurück: zuweilen überdauert die Amenorrhöe lange Zeit die psychische Reconvalescenz (v. Krafft-Ebing).

5. Aenderung der Blutmischung durch Transplantation von lebender Ernährungsflüssigkeit hat in einzelnen Fällen eine günstige Wirkung bei Psychosen hervorgebracht. Das specifische Gewicht einer Quantität Blut eines Tobsüchtigen fand Thakrah auffallend hoch, Erlenmeyer dagegen nicht verändert. Hittdorf fand keine Vermehrung des Fibrins im Blute Maniakalischer, Hord sogar eine Abnahme desselben.

VIII. Störungen im Bereiche der vitalen Functionen.

§. 143.

1. Eigenwärme. Nach v. Krafft-Ebing (Lehrbuch Ed. III p. 146) sind halbseitige Temperaturdifferenzen beobachtet worden bei maniakalischer Exaltation, Dysthymie, Katatonie und Paraphrenia paralytica, gleichzeitig mit noch anderen neurotischen Symptomen (Ptyalismus, Pupillendifferenz, halbseitigem Schwitzen, Facialis-Lähmung). Gesteigerte Temperaturen wurden bei congestiven, paralytischen und epileptischen Insulten, im Delirium acutum (Schüle) und tremens, im Status epilepticus, schliesslich vor und in der Agonie bei psychischen, besonders paralytischen (v. Krafft-Ebing) Kranken beobachtet. Dagegen findet im Status hystericus keine oder nur geringe Temperaturerhöhung statt, doch werden bei Hysterischen zuweilen unmotivirte Temperaturerhöhungen beobachtet. Häufiger waren subnormale Temperaturen; sie sind auf den gesteigerten Wärmeverlust zurückzuführen bei nackten, tobenden Kranken und bei Paralytikern mit allgemeiner Gefässlähmung. Collapstemperaturen bis zu 23° C. trafen Löwenhardt, Zenker (cit.) bei der zur Erschöpfung führenden Tobsucht längere Zeit vor dem Tode, dabei sind die Kranken euphorisch und haben trefflichen Appetit.

Die Temperatur der Paralytiker[1]) ist vorwiegend subnormal; doch zeigen sich bei ihnen ganz eigenthümliche Schwankungen derselben; man beobachtet episodische, gänzlich unmotivirte, zumeist nur

[1]) Turner — Bemerkungen über Harn und Temperatur bei allgem. Paralyse. Journal of mental sc. 1889. Rosenbiller — Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern.

kurz dauernde Steigerungen selbst bis zu 40° und andere Male findet man ein abnormes Sinken der Temperatur bis auf 35° selbstständig oder im Zusammenhange mit einem Anfall. Unmittelbar nach dem Anfall findet eine Steigerung der Temperatur statt, welche beim epileptischen Anfall fehlt.

Bei Geisteskranken ist die Temperatur im Ganzen weniger stetig als bei normalem Zustande und wird leichter durch äussere Einflüsse, besonders durch Abkühlung verändert. In melancholischer Depression findet man meist die Temperatur dauernd etwas unter der Norm, ebenso beim apathischen Blödsinn in der Regel 36,0—37,1°. Im Zusammenhange mit Hirnblutungen, seltener bei Erweichungen, soll die Temperatur nach dem Anfalle sinken und nach Aufhören der Insultsymptome bis zur Norm und etwas darüber steigen, bei infaustem Ausgange entweder weiter fallen oder höher steigen (Bourneville cit. von Möbius, Allg. Diagnostik der Nervenkrankheiten p. 211).

2. Puls. Den übrigen vegetativen Vorgängen entsprechend ist der Puls in den Aufregungszuständen meist beschleunigt und häufig, in den Depressionszuständen träge und selten. Bei Blödsinnigen ist der Puls bisweilen auffallend beweglich. Durch Erregungszustände werden die pathologischen tarden Pulsphasen in diejenigen des Pulsus celer umgewandelt. Es ist deshalb bei vorgeschrittenen Psychosen aus dem Pulse der sich dem Normalpulse nähert, auf Erregung zu schliessen. Nach Wulff ist der Pulsus tardus bei Geisteskranken für die Diagnose wichtig, da dieser schon frühzeitig vor anderen Symptomen bei den in Demenz übergehenden Psychosen zu beobachten ist (cf. Diagnostik).

3. Respiration. Die Frequenz richtet sich nach der Psychose. In Depressionszuständen ist sie natürlich vermindert, in Exaltationszuständen erhöht. Durch die geringe Ausgiebigkeit der Respiration kommt es zur Stagnation der Luft in den Lungen und dadurch ist die Disposition für die Tuberculose gegeben.

Anhang.

Bewusstseinsstörungen.

I. Trübung des Sensoriums.

§. 144.

Die verschiedenen Grade der Trübung des Sensoriums kommen ausser bei Gehirnkrankheiten bei folgenden wichtigen Fällen vor (Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten I. p. 285f.): 1. im prämortalen Zustande, 2. im Fieber bei Infectionskrankheiten, 3. bei Nierenkrankheit, 4. bei Vergiftungen, besonders durch Alkohol, Kohlenoxydgas, Morphium, überhaupt Narkotica, 5. bei Epilepsie, 6. bei Hysterie.

Die Trübungen des Bewusstseins entstehen:

a. plötzlich im apoplektischen Insult, welcher das wichtigste Symptom plötzlich hereinbrechender Gehirnläsion durch Gefässzerreissung ist. Aehnliches kann durch Gefässverstopfung (Embolie und Thrombose) der Gehirnarterien hervorgerufen werden. Meist gehen dem apoplektischen Anfall Schwindel, Benommenheit oder Kopfschmerz kurze Zeit voran. In seltneren Fällen tritt blitzartig tiefes Koma ein mit rasch tödtlichem Ausgang (Apoplexie foudroyante).

b. subacut, im Laufe mehrerer Tage sich bis zum absoluten Koma entwickelnd, bei der Meningitis, besonders bei der eitrigen epidemischen.

c. chronisch, progressiv beim Hirntumor und chronischem idiopathischen Hydrocephalus. Entsprechend dem mehr oder weniger langsamen Wachsen entwickeln sie sich entweder allmählicher oder schneller.

2. Intelligenzstörungen bei Erhaltung des Sensoriums.

§. 145.

Bei erhaltenem Sensorium, d. h. völlig wachem Bewusstsein, können Störungen der Intelligenz vorliegen. Sie sind zu scheiden in:

a. Quantitative Abnahme der Intelligenz: Stupor und Blödsinn. Der Stupor ist eine Begleiterscheinung langsam wachsender Processe: Tumoren, Hydrocephalus etc. Der Blödsinn kommt mehr den abgelaufenen Processen zu, im chronischen Endstadium sehr vieler Geisteskrankheiten, fast aller Heerderkrankungen, wenn durch sie eine Atrophie des Gehirns eingeleitet worden ist; ferner schon sehr zeitig bei der progressiven Paralyse und endlich der senilen Gehirnatrophie.

b. Qualitative Störung der Intelligenz. Diese Zustände zeigen entweder krankhaft veränderten Inhalt des Bewusstseins, oder die Operationsfähigkeit mit diesem Bewusstseinsinhalt ist nicht, wie im vorigen Falle, abgeschwächt, sondern in krankhafter Weise verändert (Wernicke). Diese Zustände finden sich bei acuten Krankheiten (Delirien): 1. bei allen schweren fieberhaften Krankheiten; als Symptom des Fiebers bei Kindern auch in leichteren Erkrankungen, 2. als Aeusserungen verbreiteter Oberflächenaffection des Gehirns im Delirium potatorum und in vielen Fällen von Meningitis.

Als chronischer Zustand kommen die Fälschungen der Intelligenz bei den Geistesstörungen vor. Bei der allgemeinen progressiven Paralyse ist der Inhalt der Wahnideen (Grössenwahn und hypochondrische Wahnideen) charakteristisch begleitet von gleichzeitiger maniakalischer Stimmung und Erregungszuständen verschiedenen Grades.

VIERTER ABSCHNITT.

Ueber das Irresein als Ganzes.

ERSTES CAPITEL.

Die Analogieen des Irreseins mit verwandten Zuständen.

I. Aehnlichkeit des Irreseins mit Traumzuständen.

§. 146.

Was über das Irresein als Ganzes, seinen Verlauf, seine Endigungsweise etc. zu sagen wäre, das kann sich, — bei der ausserordentlichen Verschiedenheit der hier obwaltenden Verhältnisse — nur aus dem, Studium der Einzelformen ergeben. Dagegen scheint uns das allgemeine Verständniss der psychischen Krankheitsprocesse wesentlich gefördert zu werden durch Betrachtung ihrer Analogieen mit einigen verwandten Zuständen, namentlich mit dem Traum und dem febrilen Delirium.

Auf die grosse Aehnlichkeit des Irreseins mit Traumzuständen könnte uns schon die einfache und so sehr häufige Versicherung der Genesenen hinleiten, dass ihnen die ganze Zeit ihrer Krankheit jetzt eben wie ein Traum, bald wie ein glücklicher, viel häufiger wie ein schwerer und düsterer, vorkomme, dass Einzelnen auch während des Irreseins ihr früheres gesundes Leben nur den Eindruck vergangener Träume gemacht habe.

Freilich fehlen den Geisteskranken die Hauptmerkmale des Schlafs das Verschlossensein der äusseren Sinne, die Aufhebung des Bewusstseins der Aussenwelt und des Willenseinflusses auf die Muskeln, welche wir gewohnt sind, als Bedingungen unserer Träume anzusehen. Allein einestheils ist es bekannt, dass man um so eher träumt, je unvollständiger eben der Schlaf ist, und dass es Schlafzustände giebt, wo ein ziemlicher, ja ein dem wachen Verhalten fast gleich kommender Einfluss auf die Muskeln möglich ist (Sprechen im Schlaf, Kutschiren des schlafenden Postillons, Marschiren im Schlaf bei langen Kriegsmärschen, Nachtwandler). Sodann kann das ganze Gebiet solcher Sinnesvorgänge, die nicht durch äussere Erregung der Sinnesorgane entstehen, und die dennoch eine so grosse Lebhaftigkeit erreichen können (welche Vorgänge doch eine so grosse Rolle bei den psychischen Krankheiten spielen), im weiteren Sinne als ein traumhaftes bezeichnet werden. Endlich finden sich bei Geisteskranken sensitive und motorische Zustände — eben jene Mattigkeit der Sinneseindrücke, die nicht mehr in

der alten Weise zum Individuum gelangen, jene Verminderung des Willenseinflusses auf die Muskeln, die sich in grosser Trägheit der Bewegung, sogar in kataleptischem Beibehalten gezwungener Stellungen ausspricht — welche, in Verbindung mit der zugleich vorhandenen Umdämmerung des Bewusstseins, lebhaft an das Verhalten des beginnenden Schlafs erinnern.

In der That muss sich die Analogie des Irreseins mit dem Traum namentlich an die Träume im halbwachen Zustande halten. Bei Kindern sieht man zuweilen, namentlich in leichteren Krankheiten, dass sie zwar schlafen, aber doch sprechen, z. B. die Mutter verstehen, ihr antworten, sogar die Augen öffnen und jene erkennen, dennoch aber fortträumen und sich namentlich ängstlichen Traumvorstellungen nicht zu entziehen vermögen. — Eben die in unendlichen Gradationen in einander übergehenden Mittelzustände zwischen Schlaf und Wachen sind es, welche das Auftreten von Illusionen und Phantasmen ausserordentlich begünstigen, welche sich durch ein regelloses Treiben der Phantasie und durch Verworrenheit der Intelligenz auszeichnen. Ihnen geht der Zustand der Schläfrigkeit voraus, in dem sich das Individuum schwerfällig, torpid und schweigsam zeigt, die Sinne stumpf werden, die Gesichtseindrücke verschwimmen, die Töne wie aus grösserer Entfernung zu kommen scheinen, das Bewusstsein sich umnebelt, die Antworten verspätet werden, wo man sich halb vergisst, wohl auch etwas Verkehrtes spricht, wie wir so ganz in derselben Weise oft beim Beginn des Irreseins sehen, dass zuerst die sensitive und motorische Reaction gegen die Aussenwelt ermattet, und nun erst eine Welt von Phantasmen und verwirrt durch einander laufenden Vorstellungen auftaucht, in der sich der Kranke nicht mehr zurecht zu finden weiss. Zu der allmählichen Beschwichtigung des Vorstellens und Strebens, in der das gesunde wirkliche Einschlafen besteht, lässt es die dauernde (schmerzliche) Gemüthsbewegung des Irrewerdenden nicht kommen, und man beobachtet auch in diesen Anfangsperioden der Krankheit, trotz der äusserlichen, schläfrigen Ermattung, sehr gewöhnlich Schlaflosigkeit.

Bichat sagte: Le sommeil général est l'ensemble des sommeils particuliers; in der That, jeder Sinn und jede Seite des Seelenlebens kann zu gleicher Zeit sich in verschiedenem Grade wach befinden, das eine mehr als das andere. Beim Nachtwandeln sind einzelne Seiten noch sehr wach und ein in Handlungen gesetzter Traum kann bei kurzer Dauer als Nachtwandeln, bei langer als Geistesstörung erscheinen.

§. 147.

Der Traum wie das Irresein erhält seine wesentliche Färbung, seinen bestimmten Grundton von der herrschenden Stimmung, welche ebensowohl aus den psychischen Ereignissen des wachen Lebens herübergenommen, als durch Aenderung der organischen Zustände erst während des Schlafs gegeben sein kann, wobei namentlich alle congestiven Zustände und alle krankhaften Eindrücke von den Verdauungs-, überhaupt den Unterleibsorganen sehr bestimmend sind. Die herrschenden Gefühle der Lust oder Unlust ziehen die ihnen adäquaten Bilder herauf, in ihnen wird das an sich Gestaltlose zu sinnlich bekleideten Gestalten symbolisirt, die Realität der wirklichen Wahrnehmung vorgespiegelt, und was von Aussen durch die Sinne eintritt,

das trifft dann beim wirklich Träumenden, wie beim Irren auf ein präoccupirtes, von der gegebenen Stimmung erfülltes Centrum und wird im Sinne der herrschenden Gefühle und Vorstellungen verwendet und ausgelegt. Andererseits aber entsteht auch derselbe Zwiespalt der Persönlichkeit und derselbe Sturm des Affects, wenn sich gesonderte Haufen von Vorstellungen und Gefühlen von ungewohntem, feindlichen Inhalt dem Ich gegenüberstellen, und der Traum wie der Wahnsinn sind geschäftig, in Bildern (Hallucinationen) aller Sinne das Subjectivste nach Aussen zu verlegen und zu dramatisiren.

Im Traum geschieht dies ganz besonders mit körperlichen Empfindungen, in deren Verarbeitung besonders die starke Uebertreibung auffällt und die ganz bestimmend für das Vorstellungsleben werden. Eine verschränkte Lage im Bette, ein Druck auf den Arm oder die Brust werden Anlass zu Geschichten von Gefesseltsein, von Gefahr, von Abgründen, bevorstehender Hinrichtung etc.; ein Luftzug, der uns anweht, erregt die Bilder einer Seefahrt und lange Geschichten, die sich weiter daraus spinnen; Hitze der Füsse lässt uns von einem angestrengten Marsch oder von Gehen auf einem feuerspeienden Berge träumen; ein leichter Stich bringt das Bild gezückter Schwerter, körperliche Angstempfindungen aus Respirationsdruck erregen bald das Phantasma eines aufsitzenden Ungeheuers, bald dramatisirte Geschichten eines von uns begangenen schweren Verbrechens, gegen die doch unser wirkliches Ich, dem keine solche Gedanken angehören, lebhaft protestirt, u. dgl. All dieses steht dem wachen Traume des Schwermüthigen sehr nahe, und bei beiden Zuständen kann das aufgeführte Puppenspiel als solches nicht erkannt werden, wegen mangelnder Besonnenheit, wegen Zurückdrängung, ja theilweiser Auflösung des Ich und weil die Berichtigung durch die Sinne, hier durch ihr Verschlossensein, dort durch ihre falschen Bilder (Hallucinationen) unmöglich ist. Heermann erzählt, wie er mit Kolikschmerzen eingeschlafen, und es ihm nun geträumt, sein Unterleib sei geöffnet, und es werde an ihm der N. sympathicus präparirt; wir haben Beispiele ähnlicher Auslegungen abnormer Sensationen von wachenden Geisteskranken angeführt.

Der Träumende, wie der Irre, nehmen Alles, das Abenteuerlichste und Bizarrste, als Möglichkeiten ohne besonderes Staunen hin, und der platteste Unsinn wird zur unzweifelhaften Wahrheit, wenn die Vorstellungsmassen, die ihn berichtigen könnten, ruhend bleiben. Man kann von der Lösung eines wissenschaftlichen Problems träumen — endlich hat man es gefunden, man ist von Freude und dem Gefühl des glücklichsten Gelingens erfüllt; man erwacht und findet einen ganz ordinären, falschen Gedanken. So giebt es Geisteskranke, die plötzlich das Perpetuum mobile, oder eine mechanische Idee, die die ganze Oberfläche der Erde ändern muss, und anderes dergleichen erfunden haben; sie sind von Entzücken über solche Entdeckungen erfüllt; was sie uns aber demonstriren, ist Unsinn, und sie können nach ihrer Genesung gar nicht begreifen, wie sie so plumpe Irrthümer nicht alsbald durchschauen konnten.

§. 148.

Die sehr angenehmen, entzückten, lichtvollen Träume kommen sehr selten bei Gesunden, am häufigsten bei tieferer körperlicher oder geistiger Erschöpfung vor, und wir sehen hier oft, wie eben die während des Wachens unterdrückten Vorstellungen sich in herrschenden Traumbildern heraufdrängen. Dem von körperlichen und geistigen Leiden

Gequälten gewährt der Traum, was die Wirklichkeit versagte, Wohlsein und Glück; der hungrige Trenk träumte in seinem Gefängnisse oft von splendiden Gastmählern; der Bettler träumt sich reich; wer eben durch den Tod eine theure Person verloren hat, träumt gern von der innigsten, bleibenden Vereinigung mit ihr u. dgl. m. So heben sich denn nun auch bei den Geisteskranken von dem dunkeln Grunde der krankhaft schmerzlichen Affecte, beim Versinken in einen noch tieferen Traumzustand, die zurückgedrängten, entgegengesetzten Vorstellungen und Gefühle, die lichten Bilder von Glück, Grösse, Erhabenheit, Reichthum u. dgl. hervor, und sobald, ohne Genesung, durch Umänderung des Gehirnzustandes der Druck der schmerzlichen Empfindungen weggenommen ist, springt das frühere psychische Elend gerne in den Jubel der maniakalischen Selbstüberhebung um. So sieht man denn namentlich auch, wie der vermeintliche Besitz und die imaginäre Erfüllung von Gütern und Wünschen, deren Verweigerung oder Vernichtung eben einen psychischen Grund des Irreseins abgab, so häufig den Hauptinhalt des Deliriums der Geisteskranken ausmachen, wie die Frau, die ein theures Kind verloren, in Mutterfreuden delirirt, der, welcher Vermögensverluste erlitten hat, sich für ausserordentlich reich hält, das betrogene Mädchen sich zärtlich geliebt von einem treuen Liebhaber wähnt u. dgl.

Eine Menge weiterer Phänomene des Traums und des Irreseins geben sich parallel. So fehlt zuweilen den Geisteskranken wie den Träumenden jedes Zeitmaass; Minuten werden zu Stunden, wie wir im Traume Jahre in einer Viertelstunde durchleben, und Ereignisse, zu deren wirklichem Geschehen Monate erfordert würden, scheinen dem Kranken in kürzesten Fristen vorgegangen zu sein. — In beiderlei Zuständen spielen Muskelempfindungen — ausgelegt als Wahn zu fliegen, zu stürzen etc. — und Sinneshallucinationen die Hauptrolle, und die letzteren dienen namentlich dazu, gewisse Situationen auszudrücken, die von einer herrschenden Grundstimmung als die entsprechenden gefordert werden, während die Vorstellungsmassen des Ich, die Ordnung in diese chaotischen Vorgänge bringen könnten, theils ausgewischt oder zerstoben sind, theils in schmerzlichem Kampfe mit dem neuen Inhalte des Seelenlebens liegen oder von diesem nach bestimmten Richtungen gewaltsam fortgerissen werden.

Von grossem Interesse sind die selteneren Fälle, wo ein intermittirendes Irresein an Stelle des normalen Schlafes trat und dabei einen zwischen wachem Traum und Nachtwandeln stehenden Charakter zeigte. Guislain (Die Phrenopathieen, übersetzt von Wunderlich, p. 80) erzählt einen solchen Fall und hat überhaupt die Verwandtschaft der Geisteskrankheiten mit Traumzuständen gebührend gewürdigt. Auch gehören hierher die Fälle, wo ein plötzlich eintretender wacher Traumzustand das gewöhnliche Tageswachen unterbricht, das nach seinem Aufhören wieder an derselben Stelle aufgenommen wird. Eine Dame war solchen Paroxysmen unterworfen: Plötzlich in der Mitte einer Unterhaltung brach sie ab und fing an, von etwas ganz Anderem zu sprechen; nach einiger Zeit nahm sie die erste Unterhaltung an der Phrase, ja, an dem Worte, wo sie stehen geblieben, wieder auf und wusste nicht das Geringste von dem Zwischenfalle. Eine Dame aus dem Staate New-York wurde von einem plötzlichen Delirium befallen, während sie an einer kostbaren Stickerei arbeitete; sie blieb sieben

Jahre krank und genas nun ebenso schnell wieder. Sie nahm ihre Stickerei wieder auf und arbeitete mit derselben Ruhe weiter, wie wenn sie nur eine Stunde von der Arbeit sich entfernt hätte (?) (Vgl. §§. 69 u. 76). Prichard, Annal. médicopsychol. I. 1843 p. 336.

Bei schon vorbereiteter Geisteskrankheit können sehr affectvolle Träume den Ausbruch beschleunigen; in ihnen tritt zuweilen schon der Inhalt des künftigen Deliriums mit Gewalt hervor. Selbst Producte der bestehenden Gehirnreizung, wirken sie erschütternd auf das Gemüth, und ihre Nachklänge setzen sich überwältigend in das wahre Leben fort.

2. Das Erwachen vom Irresein.

§. 149.

Wie aber das Irresein bald oberflächlicheren, bald tieferen, bald qualitativ unter sich verschiedenen Traumzuständen ähnlich ist, so zeigt auch der psychische Process, mittelst dessen das Individuum, wenn die Gehirnkrankheit geheilt wird, zum gesunden Leben zurückkehrt, die mannigfaltigsten Modificationen. Bald gleicht die Genesung dem einfachen Erwachen: Während das Individuum sich staunend zurecht zu finden sucht, versinken die der Krankheit angehörigen Vorstellungsmassen in kurzer Zeit, und das alte Ich tritt unversehrt und unbeeinträchtigt wieder an ihre Stelle. Andere Male lösen sich die schon geknüpften Verbindungen schwerer, und indem das alte Ich nur langsam erstarkt, besteht die Genesung noch einmal aus einem peinlichen Kampfe, in welchem der Erwachte jetzt oft des Zuspruchs, der Belehrung, der Leitung durch fremden Willen zur eigenen Kräftigung bedarf. Es ist nicht selten, dass dann doch nicht jeder Faden des Wahngespinnstes sich herausziehen lässt, und auch der Genesene behält mitunter für lange Zeit oder für immer als kleine Ueberreste gewisse Tics und Bizarrerieen, gewisse Verschrobenheiten und Verstimmungen an sich, ja er erleidet zuweilen von hier aus eine durchgreifende Aenderung seines Charakters.

Es ist unzulässig, diese Processe auf das moralische Gebiet zu verlegen, wohin sie so wenig als der Process im Anfang der Erkrankung gehören; aber es ist richtig, dass einem schon früher haltlosen Reconvalescenten eine richtige sittliche Führung Noth thut, und dass nicht selten hier erst für den Irrenarzt eine neue Wirksamkeit an dem Genesenen beginnt, welche freilich meistens die Sache seiner ersten Jugenderziehung hätte sein sollen.

Von grossem Interesse sind die Fälle, wo erst kurz vor dem Tode die geistige Gesundheit oder doch eine entschiedene Besserung des Geisteszustandes eintritt. Es kommt dies am häufigsten bei Maniacis vor, etwas seltener bei Melancholischen, beinahe nie in den secundären Zuständen der Verrücktheit und des Blödsinns; wo schwere, anatomische Läsionen des Gehirns vorhanden sind, wo die kranken Vorstellungen

das Ich vollständig durchdrungen und zersetzt haben, scheinen die Grundbedingungen einer Rückkehr zum normalen Vorstellen zu fehlen. Wie lange Zeit hierzu nöthig ist, ist freilich unmessbar.

Brierre de Boismont erzählt den Fall eines Gärtners, der in seinem 22. Jahre nach einem heftigen Schreck, den ihm eine Bärenmaske auf einem Maskenball einjagte, geisteskrank wurde, von dort an zwei und fünfzig Jahre lang so gut als nichts sprach und mit Brummen und Hin- und Herschwanken des Körpers jene Thierspecies nachzuahmen schien. Einige Wochen vor seinem Tode, als sich Diarrhöe und Oedeme einstellten, fing er an zu antworten, und sein Verstand zeigte sich zwar sehr beschränkt, aber die Beziehungen seiner Vorstellungen zu einander waren richtig und geordnet.

In Fällen, wo die Gehirnaffection secundär durch Krankheiten anderer, innerer Organe entstand uud unterhalten wurde, und noch in bloss nervöser Irritation oder leichteren Hyperämieen besteht, ist eine solche psychische Besserung vor dem Tode noch am ehesten zu erwarten und einer Erklärung am zugänglichsten, sie ist mannigfach analog dem Aufhören mancher Schmerzen vor dem Tode. — Einzelne äusserst seltene Fälle will man auch gesehen haben, wo selbst Blödsinnige (Paralytiker) einige Zeit vor dem Tode wieder einen grossen Theil der verlorenen Erinnerungen und richtige Urtheile zeigten. Hiervon ist es freilich noch weit bis zum „Vernünftigwerden". Richtig bemerkt Hoffmann (Günsburg's Zeitschr. VII. p. 102), dass überhaupt dieses Vernünftigwerden der Kranken vor dem Tode gewöhnlich nur die Wiederherstellung eines Gleichgewichts zwischen verminderten Kräften sei, wobei Vergangenheit und Zukunft und die wichtigsten Beziehungen des Lebens doch im Dunkeln bleiben.

Die psychische Besserung vor dem Tode muss nicht immer mit einer gleichzeitig merklichen körperlichen Verschlimmerung zusammenfallen; es kommen Fälle vor, wo man den Kranken für genesen hält, und er dann schnell durch plötzlichen Tod weggerafft wird. — Es ist seltener, dass das Irresein kurz vor dem Tode eine viel schlimmere Gestalt annimmt; doch sieht man bei Maniacis Todesfälle in einer bis an's Ende gesteigerten Raserei.

3. Verhältniss des Irreseins zum Fieberdelirium.

§. 150.

Auch das acute, fieberhafte Delirium, von welchem das Irresein in keiner Weise specifisch verschieden ist, besteht in lebhaften Träumen während des Wachens oder Halb-Wachens. Wiewohl das Fieberdelirium meist mehr ein Zustand von einfacher Verworrenheit als von Gemüthsstörung ist, so beobachtet man doch auch in diesen Träumen oft, wie die mannigfaltigen Hallucinationen und falschen Vorstellungen nur Ausdrücke einer herrschenden, bald mehr stationären, bald mehr wechselnden Grundstimmung sind und so durch die Einheit der herrschenden Gefühle zusammengehalten werden; auch hier wird dann der besondere Inhalt der einzelnen Phantasiebilder und falschen Vorstellungen gewöhnlich durch zufällige Umstände (körperliche Bedürfnisse, die Tapete an der Wand, auftauchende Erinnerungen etc.) bestimmt. So kann man oft in den Delirien Fieberkranker dieselben psychischen Grundverschiedenheiten nachweisen, nach denen auch die Geisteskrankheiten in einzelne Haupt-

formen zerfallen — es giebt ein melancholisches und ein maniakalisches, ein verrücktes (in einzelnen Wahnideen ohne lebhafte Gemüthsbewegung sich bewegendes) und ein blödsinniges Fieberdelirium. Es giebt auch zum leichten Deliriren in den Fiebern sehr entschiedene Dispositionen in der Constitution, in vorausgegangenen Schwächungen, vielleicht in erblichen Verhältnissen u. dgl., wie zu den psychischen Krankheiten.

Weitere Analogieen mit dem Irresein bieten die Aeusserungen des Affects bei Gesunden. Der psychische Schmerz zeigt dieselbe Physiognomie wie die Melancholie, dieselbe Unfähigkeit auf andere Dinge zu achten oder der gewohnten Beschäftigung nachzugehen, dieselbe Störung des Schlafes und der Ernährung. Andererseits giebt der Naturmensch und das Kind seiner freudigen Erregung durch Springen, Tanzen, laute, unzusammenhängende Reden, wie wir sie beim Maniakus finden, kund (v. Krafft-Ebing). Aber diese Aeusserungen unterscheiden sich wesentlich von dem Irreseinszustande durch ihre kurze Dauer, ihre Congruenz und Intensität entsprechend der äusseren Veranlassung und ihre Zugänglichkeit für freundlichen Zuspruch. Vgl. §. 23.

Ueber Analogieen des Irreseins mit der psychischen Entwicklung zur Pubertätszeit vgl. oben p. 69.

ZWEITES CAPITEL.

Kriterien des Irreseins.

Einleitung.

Erkennen einer Geistesstörung.

§. 151.

Kann man feststellen, dass der augenblickliche psychische Zustand sich aus einem anderen normalen herausgebildet hat, kann man ferner diesen augenblicklichen pathologischen Gemüthszustand unter eins der bekannten Krankheitsbilder rubriciren, so wird die Erkennung einer Psychose nicht schwer fallen, zumal wenn die ganze Voruntersuchung einen wesentlichen Factor für die Alienation ausfindig machen kann. (Kraepelin.)

In schwierigen Fällen ist zur grösseren Sicherheit der Diagnose eine mehr oder weniger lange Beobachtungszeit nothwendig. Als Ort für dieselbe ist die Irrenanstalt anzusehen. Nach und nach treten in derselben die krankhaften Erscheinungen deutlich hervor, welche anfänglich infolge der Versetzung in neue Verhältnisse vielleicht nicht so prägnant waren.

I. Beurtheilung nach dem Verhalten.

1. Briefe und Schrift der Geisteskranken.[1])

§. 152.

Von ganz besonderer Bedeutung pflegen Briefe (cf. Störungen der Sprache und Schrift, §§. 137 u. 138) zu sein, welche oft mit einem Schlage ein kaum erwartetes Licht über den psychischen Zustand des Schreibers verbreiten. Was die Kranken in ihrem Innern bewegt von Wahnvorstellungen, Befürchtungen und Aengsten, Hoffnungen und Erwartungen, Plänen und Entwürfen, lassen sie im Briefe viel mehr zu Tage treten. Auch die Absonderlichkeit ihrer Gedankenverbindung selbst tritt mehr hervor; Paralogieen, die beim Sprechen überhört werden, erscheinen deutlicher und äussern sich in Paragraphieen dieser oder jener Art.

Der an Dysthymie Leidende schreibt klein, spitz und steil, die Züge sind wie behindert, Grundstriche und Haarstriche wenig unterschieden, beide dünn und zart, das Ganze macht den Eindruck des Schüchternen, Zaghaften, Unbeholfenen. Kranke, welche in ihrer Depression zu Raptus und Tobsucht neigen, schreiben klein und gross, aber fest und derb. Grundstrich und Haarstrich sind ebenfalls wenig unterschieden, aber beide dick und stark. Auch diese Züge haben etwas Behemmtes und sind spitz und steil. Das Ganze bekommt dadurch etwas Knappes, Schroffes, zugleich aber auch etwas in hohem Grade Energisches und damit von Zuversicht und Selbstbewusstsein Zeugendes. Der Maniakalische dagegen schreibt ebenfalls klein und gross, aber in lang geschwungenen Zügen, die Grundstriche sind derb und heben sich von den nicht gerade zarten Haarstrichen gewöhnlich kräftig ab. Das Ganze trägt den Charakter des Flüchtigen, mehr oder minder Schwunghaften, aber auch des Gleichgültigen gegen Andere und damit des Rücksichtslosen an sich. Zahlreiche Fehler, sowohl in der Orthographie als auch im Satzbau, Ellipsen und Anakoluthe pflegen einem Schriftstück eines Maniakalischen eigen zu sein (bei längeren Scripta besonders gegen das Ende hin); die Hand konnte nicht so schnell nachkommen, wie der Kopf dachte, und verfuhr deshalb oft ganz uncontrolirt und halb automatisch. Während die Schriftstücke der Dysthymiker kurz und einförmig zu sein pflegen, reich an unbeschriebenem Raum, sind die des Maniakus lang und an allen Ecken voll. Der Maniakus hat immer noch etwas zu sagen, und weiss er nicht mehr wo, so schreibt er kreuz und quer.

---

[1]) Vgl. Arndt, Lehrbuch p. 385.

Der Verrückte schreibt, je nachdem er mehr melancholisch oder mehr maniakalisch ist, wie dieser oder jener. Daneben bedient er sich indess gern abnormer Zeichen, allerhand Schnörkel und bestimmter, aber häufig wechselnder Züge; er unterstreicht viel, macht Ausrufungs- und Fragezeichen ohne allen ersichtlichen Grund; dazu malt und kritzelt er viel. Er wechselt mit den Schriftzeichen, indem er einzelne Wörter mit lateinischen oder griechischen Buchstaben oder auch bald grösser oder kleiner schreibt. Die ganze Production macht den Eindruck des Gesuchten, Bizarren oder Barocken, oft des Kindisch-Albernen, des Saloppen.

Der Paralytiker schreibt unsicher, krampfhaft, zitterig, einzelne Züge sind sehr gross, über das Ziel hinaus gehend, andere klein, undeutlich, verschwommen. Er lässt und streicht viel aus, um aber immer wieder dasselbe in gleich mangelhafter Weise niederzuschreiben, er klext viel, beschmutzt das Papier, schreibt im Uebrigen bald wie ein Melancholischer, bald wie ein Maniakalischer, je nachdem der Zustand ist, in dem er sich befindet.

2. Schwachsinn.

§. 153.

Der Schwachsinn ist ein wichtiges Symptom zur Diagnostik einer psychischen Depravation. Er zeigt sich von der Seite der Intelligenz in zwei Formen der Störung (Kraepelin): „Einmal die mangelnde intellectuelle Leistungsfähigkeit, die sich durch Ideenarmuth, Enge des Gesichtskreises, geringe Activität und Spontaneïtät des Vorstellungsverlaufes charakterisirt; dann aber die Kritiklosigkeit infolge von abnormer Ausbildung des Combinationsvermögens.

Als das physiologische Analogon der ersteren können wir jene Formen der Dummheit betrachten, die man als Beschränktheit bezeichnet. Zu den originären Schwachsinnsformen gehört auch die Gruppe der Phantasten und Mystiker. Beide zeichnen sich, wie Kraepelin zutreffend sagt, durch ein Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung, durch Kritiklosigkeit gegenüber den Producten ihrer intellectuellen Thätigkeit aus. Den gleichen Strang ziehen die verkannten Genies, Individuen, die trotz einiger Begabung es nicht fertig bekommen haben, diese ihre Fähigkeiten durch Arbeit zu vervollkommnen und für die menschliche Gesellschaft nutzbringend zu verwerthen. (Vgl. §. 162 Grenzen des Irreseins.)

Auch das wirkliche Genie lässt nicht selten eine gewisse Verwandtschaft mit den letztgenannten Formen des Schwachsinns erkennen. (Vgl. Einleitung.) Dass eine gewisse Verwandtschaft zwischen beiden scheinbar so verschiedenen Geistesausbildungen besteht, zeigt auch der

Umstand, dass Genialität, psychopathische Belastung und hochgradige psychische Minderwerthigkeit sich häufig in derselben Familie neben einander vorfinden. Das Genie in der Familie hat gewissermaassen die anderen Familienmitglieder um ihre geistigen Fähigkeiten betrogen.

3. Mängel im Handeln.

§. 154.

Die Abgrenzung des Krankhaften von der Gesundheitsbreite auf dem Gebiete des Gefühlslebens und des Handelns ist von grosser Tragweite. Das Pathologische einer Handlung ergiebt sich zuerst aus der Beobachtung, dass das betreffende Individuum die Herrschaft über seine Triebe verloren hat; in seinem Handeln macht sich eine erhebliche Hyperbulie geltend, welche alle Hindernisse, die die gesunde Vorstellung, die ruhige Ueberlegung in den Weg zu stellen scheint, überwindet. Jede Gefühlserregung, jede Vorstellung wird sofort in eine Handlung umgesetzt, das übervolle Vorstellungsvermögen muss sich nach Aussen hin entladen, damit wieder für neue Impulse Raum vorhanden ist (cf. §. 112 Impulsives Handeln). In andern Fällen wird an den Patienten eine auffallende Willenlosigkeit (Abulie) bemerkbar. Von seinen krankhaften Gedanken erfüllt, verliert er alles Interesse für die Aussenwelt und ist unfähig zur Verrichtung seiner Berufsgeschäfte. Lebhafte Vorstellungen und Gefühle verbieten ihm selbst die Annahme der Nahrung etc. (Cf. §§. 114, 115.)

4. Mängel des sittlichen Gefühls.

§. 155.

Das erste Kriterium einer degenerativen Psychose und das Symptom, welches nach der „Heilung mit Defect“ die Schwere der früheren Erkrankung durchblicken lässt, ist die mehr oder minder grosse Abschwächung des ethischen Gefühls; der frühere Tact ist dem Kranken verloren gegangen. Der ethische Defect ist nach Kraepelin als ein Symptom der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten, dem im Bereiche des Verstandes die mangelnde Leistungsfähigkeit der intellectuellen Functionen genau entspricht.

II. Die Physiognomie der Irren.

A. Im Allgemeinen.

§. 156.

Der Laie vermag oft ohne Schwierigkeit aus dem blossen Aeussern den geistig gestörten Menschen zu erkennen; der unnatürliche, unstäte Blick ist meistens der Verräther. Bald ist es der gutmüthig lächelnde

Gesichtsausdruck, bald das verschmitzte Blinzeln der Augen, oder die dreiste, selbstgefällige Miene, bald die frei und stolz einherschreitende Haltung oder die mehr wehmüthig gebückte Stellung, bald der knapp und pedantisch anliegende, oder der phantastisch und lose sitzende Anzug, der uns nicht nur über das „Ob“ sondern auch über das „Wie“, d. h. die Form der Seelenstörung oder das Stadium des Irreseins Aufschluss giebt. (Vgl. §. 127.)

Der Verfall des Geistes steht in so innigem Zusammenhange mit dem Verfall des Körpers, dass man das Gesicht des Reconvalescenten oft schwer wiedererkennt, wenn man sich den Kranken vergegenwärtigt zur Zeit, als er in bunten Delirien befangen war. Selbstverständlich begegnet man in den Irrenhäusern nicht selten Kranken, welche uns fast mit derselben Ruhe und Unbefangenheit betrachten, wie sie von uns beobachtet werden. Dahin gehören ausser den Reconvalescenten viele von denjenigen, welche an beschränkten Wahnideen leiden.

Die Melancholiker und Katatonisch-Stuporösen blicken scheu und schüchtern in gebückter Haltung zur Erde, als ob sie am liebsten aus dem verhassten Orte gänzlich verschwinden möchten. Personen, welche ohne eigentlich mit Geistesstörung behaftet zu sein, an jener Unstetigkeit des Blickes leiden, muss jedenfalls eine gewisse Disposition zu Psychosen zugeschrieben werden; es fehlt dann nur an einer Gelegenheitsursache zum definitiven Ausbruch.

Die Selbstgespräche sind ein wichtiger diagnostischer Factor. In vielen Fällen handelt es sich nur um ein lautes Denken; auf Grund hallucinatorischer Vorgänge entstehen Fragen und Unterhaltung mit einer vorgetäuschten Person und die sogenannte Stimme von Gott etc.

Ein bedeutsames Kennzeichen ist ferner der Modus der Stimme. Wer mit feiner, lispelnder Stimme in kaum vernehmbarem Tone spricht, liefert damit den Beweis, dass die Gehirnthätigkeit in mehr träger als stürmischer Weise vor sich geht. Schüchternheit, Anspruchslosigkeit und Schwermuth lassen andere Laute ertönen, als der grollende, nach Donner und Blitz greifende Maniakus.

B. Der Gesichtsausdruck der Geisteskranken.[1]

§. 157.

„Es lässt sich behaupten, dass jedem psychopathischen Zustande eine eigene Facies den besonderen physiognomischen Gesichtsausdruck verleiht, der dem erfahrenen Beobachter schon bei flüchtiger Begegnung eine annähernde Diagnose gestattet“ (v. Krafft-Ebing). Die Mimik,

---

[1]) Oppenheim, Archiv Bd. 40.

d. h. diejenige Reaction der Gesichtsmuskeln, welche die Seelenstimmung begleitet, ist die stumme Sprache des Geistes, welche viel weniger von der Willkür beherrscht wird, als das gesprochene Wort. Ferner ist der mimische Apparat ein Muskel-System, das direct vom Hirn aus innervirt wird; Erkrankungen des Gehirns greifen demnach störend in den Verlauf der mimischen Vorgänge durch Schädigung des motorischen Centralapparates ein.

§. 158.

I. Monotonie des Gesichts-Ausdrucks.

Auf dem Antlitz des Geistes-Gesunden wechseln mehr oder weniger lebendig die mimischen Ausdrucksformen ab. Eine wirkliche Starre des Gesichtsausdrucks kennt man im gewöhnlichen Leben bei dem Vorgange, der „als in die Leere“ starren bezeichnet wird. Es handelt sich dabei um einen wirklichen Stillstand der geistigen Thätigkeit, aber der gesunde Organismus erträgt denselben nur kurze Zeit. Ebenso, wenn ein überwältigender Schreck, ein mächtiges Erstaunen den Gesichtsausdruck in der ihm eignen Form festbannt, löst sich das Erstarren schnell wieder.

Höhere oder geringere Grade der Starre des Gesichtsausdruckes finden sich bei Geistesgestörten so häufig und so verbreitet, dass sie eins der wichtigsten Kriterien in der Pathologie der Mimik ausmachen. Der schmerzliche Ausdruck des Melancholikers entfernt sich um so mehr vom Gesichtsausdrucke des Schmerz empfindenden Gesunden, je regungsloser einerseits und je intensiver andererseits der Schmerz fixirt ist. In den als katatonischer Stupor bezeichneten Formen psychischer Affection ist die Ausdrucksstarre ein wesentlicher Faktor. Bei den höheren Graden dieses Zustandes ist das Antlitz wirklich statuenhaft starr, keine Muskel zuckt, und selbst die Augen behalten dieselbe Stellung bei. In anderen Fällen sind die Gesichtsmuskeln fixirt, und nur die Augen bewegen sich, schweifen aber ziellos in die Ferne. Es entwickelt sich daraus der Eindruck der Benommenheit. In dieser Zustandsform des Spannungsirreseins findet man häufig höhere oder geringere Grade der Befremdung, des Erstaunens auf dem Antlitz fixirt. Die Stirn ist mehr oder weniger quergefaltet, die Augenbrauen sind erhoben, die Augen über das gewöhnliche Maass geöffnet, und auch die Lippen weichen aus einander. Diesen Ausdruck behält das Gesicht unveränderlich bei. Nur ein flüchtiges Stirnrunzeln, ein misstrauischer Seitenblick oder ein verstohlener Aufblick etc. verräth die Communication mit der Aussenwelt.

Bei Verrückten verharrt das Gesicht in der durch die fixe Wahnvorstellung gegebenen Ausdrucksform consequent. Hohn und

Weltverachtung spricht sich dauernd in den Zügen aus; oft ist der Kopf dabei nach hinten geworfen und der Blick schweift hinweg über das Niveau der niederen Menschheit, oder Verfolgungsideen schaffen den fixen, lauernden Seitenblick. Bei hypochondrisch Verrückten ist es nicht selten der Ausdruck des Ekels, der sich in den Gesichtszügen stabilisirt. Die regungslose Physiognomie kann noch durch geistige Leere bedingt sein, wie bei der Demenz; das Gesicht ist entweder völlig ausdruckslos, oder es haben sich nur Bruchstücke des Ausdrucks aus früheren Stadien bewahrt, die keine Modification erfahren, weil das geistige Leben erstarrt ist. Im Blödsinn fehlt es einerseits an Bewegungs-Modificationen, andererseits ist die Harmonie der mimischen Bewegung aufgehoben. Hierbei können einzelne Muskeln oder Muskelgruppen z. B. die Frontales und die Corrugatoren noch energisch contrahirt sein.

In den vorgeschrittenen Stadien der Paralyse beobachtet man neben der physiognomischen Eintönigkeit die mangelhafte Beherrschung des motorischen Apparates, so dass eine einmal geschaffene Ausdrucksform nicht so bald wieder ausgeglichen werden kann. Vor allen Dingen documentirt sich die mimische Vorstellung des vergnügten Seelenzustandes: Der Mund ist breit, seine Winkel sind nach oben gezogen, die obere, oft auch die untere Zahnreihe ist sichtbar. Die Orbiculares palpebrarum sind contrahirt und das Gesicht verharrt längere Zeit bewegungslos in diesem Zustande (Oppenheim).

§. 159.

2. Polymorphie des Gesichts-Ausdrucks.

Gewisse abnorme psychische Zustände gehen mit einem abnorm schnellen Wechsel der Ausdrucksformen einher. In der maniakalischen Erregung z. B. folgt auf ein freundliches Lächeln unmittelbar der finsterste Ausdruck des Zorns; Lachen und Weinen wechseln im Fluge. Schliesslich ist die Aufeinanderfolge so beschleunigt, dass ein wirklicher Ausdruck gar nicht mehr zu Stande kommt, sondern nur Andeutungen, Bruchstücke. In der Hallucinose (cf. diese) ändert sich auf Grund der Hallucinationen der Gesichtsausdruck fortwährend: Lauschen und Spähen, wildes Lachen, zornig drohende Mienen, Schreck, Angst etc. reihen sich unmittelbar an einander, so dass man allein hieraus ohne sprachliche Aeusserung die Verwirrtheit diagnosticiren kann.

3. Incongruenz.

Ein wichtiger Punkt ist die Incongruenz zwischen Vorstellungs-Inhalt und Mienenspiel. Man sieht unter den Geisteskranken in späteren Stadien der Seelenstörung Individuen, welche bei völligem Ver-

blassen des Wahns den jenen Wahnvorstellungen entsprechenden Gesichtsausdruck bewahrt haben.

Ferner giebt es geistesschwache und blödsinnige Individuen, die ihrem Gesichtsausdrucke nach beständig in Verwunderung und Erstaunen begriffen zu sein scheinen. Für diese haben die einfachsten Verhältnisse etwas Befremdliches. Man muss hier in erster Linie an das Habituellwerden von Muskel-Contractionen denken; dieses gilt auch für den Gesunden. Wer längere Zeit unter dem Eindrucke schmerzlicher Ereignisse stand, nimmt gewisse schmerzliche Züge auch mit in die leidensfreie Zeit hinüber. Bei der Intensität der Affecte in den Psychosen graben sich die Ausdrucksformen tief ein, so dass sie auch nach erloschenem Affect erhalten bleiben.

§. 160.

4. Lachen und Lächeln. Blödsinnsphysiognomie.

Bei Geistesschwachen genügt ein etwas oberflächlicher affectiver Vorgang, um ein Lächeln hervorzurufen. Besondere Arten des Lachens, charakterisirt durch ihre Ausdrucksformen, sind das sarkastische, das sardonische Lachen, ferner das Verbindlichkeits- und Verlegenheits-Lächeln. Lautes, ungezügeltes Lachen wird beim Geisteskranken als Zwangsmimik beobachtet. Meistens liegt ein hallucinativer Vorgang zu Grunde; doch kann es auch rein als Zwangsbewegung zu Stande kommen. Das Grinsen, d. h. ein auf seiner mimischen Höhe fixirtes Lächeln, ist bei Paralytikern und Blödsinnigen häufig. Das Lachen mit geschlossenen Lippen ist ein typischer Gesichtsausdruck in den verschiedenen Zuständen des geistigen Verfalls. Ein zögerndes Lächeln, bei dem sich abwechselnd die beiden Mundwinkel nach aussen bewegen und wieder in ihre Lage zurückkehren, kommt bei blödsinnigen Hallucinanten und erotisch Geistesschwachen vor. Sind bei dem fixirten oder zögernden Lächeln Kopf und Blick gesenkt, so entsteht eine typische Blödsinns-Physiognomie. Sinnestäuschungen und Wahngebilde geben oft die Grundlage für das Lächeln der Blödsinnigen ab. Selbst die degenerirteste oder mangelhaftst entwickelte Psyche ist im Stande, jenen oberflächlichen Grad von Lust zu empfinden, der zur Erregung eines Lächelns hinreicht.

Das Verbindlichkeitslächeln ist ein Ausdruck des Gefühls der Zuneigung, es ist der charakteristische Gesichtsausdruck bei dem auf epileptischer Basis Schwach- und Blödsinnigen. Namentlich in der Zeit, in welcher die Kranken nicht mehr unter dem Eindrucke einer schweren krampfhaften und hallucinativen Attaque stehen, ist es oft stereotyp.

5. Paramimik.

Unter Paramimik versteht man einen Gesichtsausdruck, der im Gegensatz zu der Gemüthsstimmung steht, z. B. wenn die Kranken eine heitere Vorstellung mit einer weinerlichen Miene oder umgekehrt begleiten.

Auf der Basis von Hallucinationen und Wahnvorstellungen kommen durch Fälschung und Verkümmerung des Urtheils die perversen Reactionen des Ausdrucks vor und sind diagnostisch wichtig. Wenn sich die wirklichen Eindrücke aus der Umgebung mit Schein-Wahrnehmungen und Schein-Vorstellungen mischen, so entsteht dadurch der Ausdruck der Zerstreutheit. Bei Geistesschwachen und Blödsinnigen bedarf es nur eines sehr geringen Reizes, um starke mimische Reaction hervorzurufen.

Fratzen sind unzweckmässige Bewegungen der mimischen Gesichtsmuskulatur. In vielen Formen psychischer Erkrankung zügelt der Geisteskranke seine Affecte nicht, und der ungestüme Ausdruck derselben steigert sich bis zur Fratzenhaftigkeit. Bei tobsüchtigen Zuständen, besonders beim Delirium acutum kommt dazu der gesteigerte Bewegungsdrang, in dem das Grimassiren nur der stürmischen Action der übrigen Körpermuskeln entspricht. Auf dem Wege der Vererbung kann die Neigung, gewisse Grimassen zu schneiden, übertragen werden. In den secundären Stadien der Seelenstörung sieht man oft dauernde Verzerrungen eines Mundwinkels oder des ganzen Gesichts nach einer Seite hin, besonders in den aus der Melancholie resultirenden Schwächezuständen. In geistigen Schwächezuständen erfährt die Nase oft eine Beweglichkeit, wie sie beim Kulturmenschen nicht beobachtet wird, Züge des Ekels, Schnüffel-Bewegungen werden habituell und physiognomonisch. Beim Lachen wird nicht nur der Mund in die Breite gezogen, sondern die Nasenflügel werden noch mehr gehoben, die Nasenwurzel verkürzt, gerunzelt, die Nasenlippenfalten verlängert, die mimischen Aeusserungen werden dadurch unrein. Aus dem Lachen wird ein Gemisch von Freude und Ekel. Dieses Mienenspiel kommt in ausgeprägter Form bei Idioten und secundär Schwachsinnigen zur Beobachtung.

6. Die Ungleichheit im Ausdruck der beiden Seiten des Gesichts

ist bei Geisteskranken sehr verbreitet und besonders bei der progressiven Paralyse stark ausgesprochen. Die Ursache dieser Störung ist Ungleichmässigkeit in der Innervation der correspondirenden Muskeln beider Gesichtshälften, verbunden mit trophischen Störungen. Quergefurchte Stirn, hochgezogene Augenbrauen trifft man häufig bei Dementen. In den Endstadien der Psychosen beobachtet man eine lebhafte Be-

wegung der oberen Gesichtshälfte, eine starre Ruhe der unteren. In geistig schwachen und Verfallszuständen sollen die Augen an Glanz verlieren.

§. 161.

7. Der Blick des Irren.

In der Blickrichtung und -Veränderung liegt eins der wichtigsten Kriterien für die Beurtheilung von Physiognomieen. Geistesschwache Hallucinanten schlagen die Augen nicht auf, sondern senken den Blick. Andere Verwirrte sprechen zu uns, sehen uns an, aber ihr Blick fixirt uns nicht, weil andere Dinge ihre Aufmerksamkeit ablenken. Ein anderes Mal zeigt die starre Ruhe des Gesichts, dass das Individuum die erhaltenen Eindrücke nicht zu verwerthen weiss; besonders im paralytischen Stupor halten Verfolgungs-Vorstellungen oft den Blick in ängstlich fixirter Spannung. Hierdurch entsteht in Verbindung mit der Contraction der Orbiculares palpebrarum und Corrugatores supercilii auch das Stechende, welches den Blick persecutiver Hallucinanten so oft kennzeichnet.

Für den Ausdruck im Blicke ist auch die Grösse der Augen von Bedeutung, die im Wesentlichen durch die Lid-Muskulatur bestimmt wird. Kommt zu dem Weitaufreissen noch eine Protusion der Bulbi, so erhält der Blick das glotzend stupide, das bei Epileptikern und Paralytikern nicht selten charakteristisch ist. Sinken die oberen Lider schlaff herab, so entsteht der Ausdruck der Schläfrigkeit und Indolenz, wie in den späteren Stadien der Paralysis und im Blödsinn.

Ein dauerndes Offenhalten des Mundes, welches dem Gesicht immer das Gepräge der Geistesschwäche verleiht, wird bei Geisteskranken habituell, einerseits durch Muskel-Erschlaffung, andererseits durch mangelhafte Controle der Mimik.

Anhang I.

Die Grenzen des Irreseins.[1]

§. 162.

Eine scharfe Grenze zwischen Irresein und geistiger Gesundheit giebt es nicht. Zunächst entwickeln sich Geisteskrankheiten meistens ganz allmählich, so dass es schwierig ist, zu sagen: Zu dieser Zeit hat die Krankheit begonnen.

Der Uebergang vom normalen psychischen Zustande in den anomalen kann so lange andauern, dass die Bestimmung der Grenze zwischen beiden nur nach der Individualität des Beurtheilers und des Beurtheilten möglich ist, so dass durchaus entgegengesetzte Gutachten sich ergeben können. Sodann veranlassen häufig Neuropsychosen vorübergehende psychische Erkrankungen, in denen ganz unvorhergesehen plötzliche, unwillkürliche Acte impulsiven Charakters auftreten können; und die Verbrechen, welche Geisteskranke begangen haben, unterscheiden sich in ihrer Ausführung

[1]) Cf. auch Casper-Liman, Handbuch der gerichtlichen Medicin und Culerre, Grenzen des Irreseins.

oft gar nicht von den Thaten zurechnungsfähiger Verbrecher. Hierzu kommt, dass Verbrecher später im Gefängniss sich als geisteskrank erweisen, die zur Zeit der oft lange zurückliegenden That, nach ihrer Disposition zu Geisteskrankheit, unzweifelhaft schon psychisch alterirt waren. Andererseits ist die Bestimmung der Grenze der geistigen Gesundheit zweifelhaft, wenn ein früher Geisteskranker angeblich vollständig geheilt sein soll, aber doch noch mannigfaltige Mängel erkennen lässt.

Geradezu unmöglich aber wird die Abgrenzung, wenn man die grossen Schwankungen in den einzelnen geistigen Vermögen der Individuen in Betracht zieht. Ein Landmann in seinem beschränkten, einförmigen Wirkungskreise wird im gewöhnlichen Leben für vollständig normal gelten trotz eines Grades von Schwachsinn, der, bei einem wissenschaftlichen Manne beobachtet, unzweifelhaft auf Geisteskrankheit schliessen liesse. „Die glückseligen Gottbegabten sind nur äusserst selten, bei denen ein vollkommenes Ebenmaass, eine vollständige Harmonie aller einzelnen Seelenthätigkeiten gleichsam eine vollkommen normale geistige Gesundheit darstellt. Dagegen findet man täglich Menschen z. B. mit einem bewunderungswürdig starken Gedächtniss aber ebenso schwachen Urtheilsvermögen, andere mit einer ausserordentlich lebhaft entwickelten Phantasie, aber einem elenden Willensvermögen. Hier missachtet eine ausschreitende Lebhaftigkeit des Charakters alle Sitte und hergebrachte gesellschaftliche Form und benimmt sich auffallend genug, um Anstoss und Zweifel zu erregen, dort drückt der Originale, der wirklich Geniale seinen Handlungen den Stempel seiner Eigenthümlichkeit auf, die oft genug ein scharfes Zusehen erfordert, um zu prüfen, ob nicht jene Grenze überschritten sei.“ (Casper-Liman). Derartige Beispiele bietet die Geschichte der Musik und vorzüglich der bildenden Künste mannigfache.

Aber in der weitaus grösseren Mehrzahl kommt es nicht zu vollständiger Ausbildung einer Psychose, und doch bietet das Individuum mit seinen sittlichen Mängeln, mit seinen Sympathieen und Anthipathieen, mit seinem schwankenden Charakter ein wirkliches Räthsel. Abgesehen von den Individuen, welche, durch Laster und Ausschweifung verkommen, keine Regung des Gewissens mehr empfinden, jede Scheu vor dem Sittengesetz verloren haben und ihre verbrecherische Thätigkeit nur durch den wiederholten Aufenthalt im Gefängniss unterbrechen, kommt hier die grosse Menge der hereditär Belasteten in Betracht, deren Nervensystem krankhaft entartet ist. Diese Entartung (Neurasthenie) kann nun entweder von den Vorfahren direct vererbt oder auch erworben sein, dadurch dass störende Bedingungen, denen der Vater im Augenblicke der Erzeugung oder die Mutter während der ganzen Schwangerschaft unterworfen ist, einen Einfluss auf die künftige Entwicklung des Individuums auszuüben vermögen. Andererseits kann ein in guten Verhältnissen und bis zum Jünglingsalter normal gebliebenes Kind unter dem Einfluss einer schweren Krankheit oder infolge eines Sturzes auf den Kopf etc. eine Ernährungsstörung des Gehirns davontragen, welche es für Neurosen und Psychosen empfänglich macht.

Morel theilt die Belasteten in vier Klassen: die der ersten fallen nur durch ein einfach übertrieben nervöses Temperament auf; sie bieten zwar Abweichungen aber keine Lücken im Gebiete der Verstandes- und Gemüthsanlagen. Die Gleichgewichtsstörung äussert sich durch Excentricität und fixe Ideen; die Kranken haben davon ein vollkommenes Bewusstsein, vermögen aber nicht, sich denselben zu entziehen. Die zweite Ordnung umfasst diejenigen, welche bei scheinbarer Erhaltung der Verstandeskräfte eine tiefe Trübung oder ein völliges Fehlen der sittlichen Begriffe mit Störungen der Empfindungen und Handlungen, unwiderstehliche Triebe und geschlechtliche Verkehrtheiten zeigen. Die dritte Abtheilung schliesst die Imbecillen, die Instinctmenschen, die von frühzeitigem und angeborenem Hange zum Bösen Beseelten ein. Die vierte endlich enthält die Idiotie, d. h. die völlige Hemmung der geistigen Ent-

wicklung. Aus dieser Eintheilung ist ersichtlich, wie allmählich bei dieser geistigen Verfassung der Uebergang von dem normalen Zustande der Psyche bis zur Geisteskrankheit verläuft, so dass dadurch die Grenzlinie zwischen beiden Zuständen vollständig verwaschen wird. Es kommen die mannigfachsten Abstufungen vor. Die Verstandeskräfte können entweder ganz erloschen, wie bei Idioten, oder nur geschwächt und wenig entwickelt sein, wie bei den Imbecillen. Nach Magnan beruht dieser Vorgang auf Abschwächung und ungleichmässig entwickelter Fähigkeit der Centralorgane, die Eindrücke, welche Wahrnehmungen bieten, aufzunehmen. In anderen Fällen sieht man neben Unzulänglichkeit der Gesammtheit der Fähigkeiten ein glänzendes Gedächtniss, besonderes Geschick für Wissenschaft und Poesie etc., in diese Kategorie gehören die sog. „theilweisen Genies". Auf Anregungen reagiren diese „Volksbeglücker" anders als gewöhnliche Menschen, haben auch wohl neue und fruchtbare Gedanken, das Allgemeinwohl durch neue Erfindungen und Einrichtungen zu fördern, sie vermögen aber wegen des Mangels an Willensenergie nichts folgerichtig durchzuführen. Viele erblich Belastete sind durch eine angeborene Begabung für das Lernen bemerkenswerth, aber sie erreichen fast niemals das Ziel; das sind die sogen. „verkannten Genies." Manche derselben schlagen durch vieles Prüfen und Betrachten der eignen Persönlichkeit in Egoismus, übermässigen Dünkel oder Hypochondrie um. Ferner kann ein durch erbliche Belastung Entarteter eine grosse Intelligenz besitzen, aber das ethische Gleichgewicht ist labil, es geht ihm das volle Selbstbewusstsein ab. Diese werden von fixen Ideen und Zwangszuständen gepeinigt, die oft einen gefährlichen Inhalt haben. Charakteristisch für die degenerative Natur der Zwangszustände und -Triebe ist der Umstand, dass sie sich zuweilen schon im zartesten Kindesalter in verderbten Gefühlen und nicht zu bändigenden Neigungen zeigen. Eine Stufe tiefer auf der Leiter der Entartungen steht eine Gruppe, welche sich durch das völlige Fehlen der Moral auszeichnet. Daneben besteht eine ausgeprägte Herabsetzung der Intelligenz, welche mit auffallend entwickelten Fähigkeiten zusammen auftritt. Unter dieser Klasse der Entarteten sind die Gebildeten gerade die Schlimmsten. Unfähig an einem Gegenstande festzuhalten, ergreifen und verlassen sie einen Beruf nach dem andern, versuchen sich ohne Erfolg in den verschiedensten Richtungen und verkommen, zumal wenn sie sich dem Trunk oder andern Lastern hingeben, geistig immer mehr und sinken zum Verbrechen hinab, wenn nicht durch gehäufte Schädlichkeiten eine Psychose sich entwickelt. Dagegen gehören unzweifelhaft zu den Geisteskranken, die von Esquirol gezeichneten Individuen, deren Gedanken die natürlichen Verbindungen beibehalten, während die Handlungen ihren Neigungen, Interessen und den socialen Gebräuchen widersprechen; aber so ungeordnet jene auch sind, die Kranken haben stets mehr oder weniger stichhaltige Gründe zu ihrer Rechtfertigung, so dass man diesen Zustand als vernünftelndes Irresein (Folie raisonnante) bezeichnet hat. Falret aber hat gezeigt, dass derartige Personen den verschiedensten Ordnungen der Geisteskrankheiten eingereiht werden können.

Anhang II.

Von den Vorurtheilen über Geisteskrankheit und Geisteskranke.[1]

§. 163.

Die Laien aller Stände haben meist über den Verlauf von Geisteskrankheiten ganz sonderbare Vorstellungen. Sie stellen sich unter einem psychisch Kranken gewöhnlich einen fortwährend Tobenden vor und sprechen ihm jede Fähigkeit zu einem Urtheile ab.

[1]) Cf. auch Goullon, Grundriss der Geisteskrankheiten p. 248 f.

Eine Geisteskrankheit ist nun entweder eine partielle und zeigt ein gleichförmiges Bild, welches nur zeitweise durch kurze Episoden unterbrochen ist, oder sie stellt ein grosses vieractiges Drama vor, in welchem die Melancholie am häufigsten die Einleitung vorstellt, die Manie den zweiten an Handlungen reichsten Theil, die Perturbation den dritten und die allgemeine Verstandes-Paralyse den Schluss bildet. Es ist nicht nöthig, dass sich in einem Individuum das Krankheitsbild in allen diesen vier Phasen abspielt. Wichtig ist aber, dass der Tobsucht, wenn keine Genesung eintritt, unvermeidlich ein Zustand folgt, welcher als die wahre, bleibende Form des Irrsinns die terminalen Zustände der apathischen resp. agitirten Demenz mit paranoischen Zügen zeigt.

Freie Intervalle, in denen die Kranken oft wunderbar richtig über ihren Zustand urtheilen, gehören zur Regel. Man muss noch unterscheiden zwischen anhaltenden Intervalla lucida, welche Tage, Wochen, Monate bis Jahre währen können, und dergleichen freien Aufhellungen des Geistes mitten im Delirium, wenn bei aller Verrücktheit und Flucht der Gedanken plötzlich das sinnende Bewusstsein momentan wieder auftaucht und mit blitzartiger Schnelle die Geistesnacht erleuchtet.

Diejenigen Geisteskranken, welche zu einer gewissen regelmässigen Thätigkeit gebracht werden können, sind die am wenigsten unglücklichen und keineswegs so „elend, verzweifelt und über alle Maassen erbarmungswürdig“ (Goullon), wie Laien dieses ohne Unterschied von Geisteskranken annehmen. Alle diejenigen Irren, welche einer gewissen geistigen Abstumpfung anheimgefallen sind und kein Gedächtniss für das gesunde frühere Geistesleben bewahrt haben, finden in dem Einerlei des alltäglichen Lebens eine gewisse Befriedigung, das Bedürfniss nach Höherem ist erloschen. Freilich ist es für solche, welche der Irrsinn vielleicht aus glänzender Carriere riss, welche, ohne für alle geistigen Interessen abgestorben zu sein, gezwungen sind, mit tief unter ihnen Stehenden sich in demselben begrenzten Raume aufhalten zu müssen, um so schrecklicher.

Die Meinung, dass der Umgang mit Geisteskranken die Gefahr in sich berge, geisteskrank zu werden, ist im Allgemeinen irrig. Im Gegentheil trägt der mit wissenschaftlichen Beobachtungen verbundene Umgang und der wiederholte Besuch bei Geistesgestörten ungemein viel dazu bei, die Ideenkritik des eigenen Geistes zu schätzen. Die tausendfache Verschiedenheit, in der sich die einzelnen Stadien trotz ihrer Typicität äussern können, gewährt für den Denkenden nicht nur interessante Unterhaltung, sondern auch fruchtbare Belehrung mit bleibendem Nutzen. Wer aber nicht vermag, eine auf blossem Vorurtheil beruhende Scheu zu überwinden, für den hat selbst der alleinige Anblick solcher Kranken etwas erschütterndes, etwas verletzendes und, ich möchte behaupten, auch schädliches. Denn man kann oft genug bei Anstaltsbesuchen durch Laien beobachten, dass der Anblick und Verkehr mit Geisteskranken auf neuro- und psychopathische Individuen höchst ungünstig einwirkt. Daher ist solchen auch der Beruf eines Irrenarztes oder -Wärters nicht zu empfehlen.

Eine specifisch eingerichtete, unter tüchtiger ärztlicher Leitung stehende Krankenanstalt ist für den Irren die grösste Wohlthat und kann selbst durch die humanste Behandlung im eigenen Hause nicht ersetzt werden. Viele sind der Unheilbarkeit zugeführt worden, weil versäumt wurde, rechtzeitig ein zweckentsprechendes Unterkommen in wirklichen Heilanstalten ausfindig zu machen.

Sehr verbreitet ist die Ansicht, dass ein Mensch plötzlich geisteskrank werden, dass die Psychose wie ein Blitz aus heiterm Himmel über ihn hereinbrechen könne. Bei genauerer Untersuchung wird man jedesmal feststellen können, dass verdächtige Symptome Wochen, ja Monate lang vorhergegangen sind. Die Gelegenheitsursache, die den Ausbruch bedingende Veranlassung wird verwechselt mit der schon bestehenden

Hauptursache. Niemals ist eine einzige Ursache der Grund für eine ausbrechende Geisteskrankheit, selbst erbliche Anlage ist selten allein Schuld daran; vielmehr pflegen hier wie überall viele Hebel zugleich oder nach einander thätig zu sein, ehe es gelingt, die Harmonie der Seele zu stören und zu verwirren.

DRITTES CAPITEL.

Die psychiatrische Untersuchung.[1]

Eine psychiatrische Untersuchung zerfällt in zwei Theile:

1. Anamnese,
2. Status praesens,
   a. somatischer, b. psychischer.

Erste Abtheilung.

Anamnese.

§. 164.

Das was die Angehörigen etc. über den Kranken, die Entwicklung seines Leidens, die Art und Weise, in welcher dasselbe in die Erscheinung trat, dem fragenden Arzte mittheilen, ist von gewisser Wichtigkeit, doch muss es erst durch die kritische Brille des Fachmanns betrachtet werden, ehe es praktisch verwerthet werden kann. Ursachen und Symptome einer Psychose werden so häufig verwechselt, dass man nur mit der grössten Vorsicht den laienhaften Darstellungen Glauben schenken darf.

Die Anamnese muss eine zusammenfassende Betrachtung der körperlichen wie geistigen Persönlichkeit des Kranken sein, ab origine nicht allein, sondern, weit zurückgreifend in die Reihe der Altvordern muss sie dem Arzte ein Bild der geistigen Höhe und Leistungsfähigkeit desselben geben, dann ist es erst möglich, die Entwicklung des Kranken, seine Gemüthsart, die Veranlagung, geistige wie körperliche Leistungsfähigkeit richtig zu verstehen.

§. 165.

Bei der Anamnese kommen zunächst in Betracht:

A. Alle hereditären Einflüsse, die als Familienanlage, erbliche (originäre) Anlage, ererbte Disposition zusammengefasst werden:

a. Geisteskrankheiten oder hieran mahnende Zustände (auffallende Charaktere, excentrische und Verbrecher-Naturen, Selbstmörder, Trunksüchtige) in der Familie (in auf- und absteigender, sowie in der Seitenlinie).

---

[1]) Cf. F. Scholz (Handbuch der Irrenheilkunde) 1889 und v. Krafft-Ebing.

b. Neuropathieen: Gehirn- und Rückenmarks-Erkrankungen (Todesfälle in der Familie durch Schlagfluss, Vorkommen von Hemikranie, Chorea, Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie, Tabes, Neurasthenie unter den Familiengliedern), Entwicklungshemmungen (Taubstummheit), Missbildungen.

c. Blutsverwandtschaft der Eltern.

§. 166.

B. Als Momente, die eine individuelle, angeborene oder erworbene Anlage bedeuten, sind hervorzuheben:

a. im Foetalleben schädliche Einflüsse auf den Gesundheitszustand der Mutter;

b. zur Zeit der Geburt: Frühgeburt, abnormer Geburtsmechanismus, Verletzungen, Quetschungen des Schädels durch Geburtshindernisse, operative Eingriffe, präcipitirte Geburt;

c. in der Kindheit: Auftreten von Convulsionen, abnorme körperliche und geistige Entwicklung, Stehenbleiben der Entwicklung durch Krankheiten, Empfindlichkeit, nervöse Constitution, reizbare Schwäche, epileptiforme, somnambule Zustände;

d. zur Zeit der Pubertät: Verfrühte oder gehemmte, zurückgebliebene körperliche und geistige Entwicklung, mässige oder geringe geistige Anlagen überhaupt, einseitige Talente, abnorme sexuelle Verhältnisse. — Gleichzeitig mit den Erscheinungen der Pubertät (Menses) einhergehende Störungen in den psychischen Functionen; körperliche Begleiterscheinungen, nervöse Zufälle, Bleichsucht;

e. zur Zeit der geschlechtlichen Reife und der vollen Entwicklung des Gehirns: Hervortreten psychischer Eigenthümlichkeiten, abnorme Stimmungslage, abnorme intellectuelle Richtung, unregelmässige, excessive Lebensweise. Zeichen nervöser Constitution: Leichte Erregbarkeit in allen Gebieten des Nervensystems, krankhafte Reaction auf sonst gewöhnliche Reize, erhöhte Reflexerregbarkeit mit Geneigtheit zu Convulsionen, vasomotorische Störungen, Angstgefühle, Palpitationen. Etwaige neuropsychopathische Begleiterscheinungen im Geschlechtsleben der Frauen zur Zeit der Menstruation, in Schwangerschaften, bei Entbindungen, im Wochenbett, zur Zeit der Lactation.

§. 167.

C. Als Erkrankungen, welche erfahrungsgemäss vorzugsweise veranlassende Ursachen darstellen, sind anzuführen: Kopfverletzungen, organische Hirnleiden, Neurosen, constitutionelle fieberhafte Erkrankungen (Typhus, Intermittens, Syphilis, Tuberculose, universelle Anämie), Intoxikationen (Alkohol, Blei, Quecksilber etc.), ferner

Erkrankungen des Verdauungstractus (chronischer Magen-Darmkatarrh), dann Genitalleiden. Als psychische, in gleichem Sinne wirksame ätiologische Momente sind zu beachten: Andauernde, heftige Gemüthsbewegungen, besonders depressiven Charakters, geistige Ueberarbeitung, Schreck.

Zweite Abtheilung.

Status praesens.[1])

A. Somatischer Status.

I. Allgemeine Körperverhältnisse.

§. 168.

I. Schädelmaasse.

Die Körperlänge steht in bestimmtem Verhältniss zu Brustumfang und Schädelmaassen.

Die wichtigsten Schädelmaasse sind folgende:

	Mann cm	Weib cm
a) Bandmaasse:		
Horizontaler Schädelumfang in der Höhe der Prot. occip. ext. u. der Glabella	55	53
Ohrhinterhauptlinie vom vorderen Rand des Proc. mast. einer Seite über Prot. occip. ext. zu dem der anderen Seite	24	22
Ohrstirnlinie vom vorderen Rand des Porus akust. der einen Seite über die Glabella zu dem der anderen Seite	30	28
Ohrscheitellinie vom Porus akust. der einen Seite über die Scheitelhöhe zu dem der anderen Seite	36	34
Längsumfang von der Nasenwurzel zur Prot. occip. ext.	35	33
Ohrkinnlinie vom Por. akust. der einen Seite über das Kinn zu dem der anderen Seite	30	28
b) Tastercirkelmaasse:		
Längsdurchmesser von der Nasenwurzel zur Prot. occip. externa . .	18	17½
Grösster Breitendurchmesser	15	14
Distanz der Por. akust.	12½	11½
Distanz der Jochfortsätze des Stirnbeins	11	11
Distanz vom Por. akust. zum Nasenstachel	12	11
Breitenindex d. h. die durch Division des Längsdurchmessers in das 100fache des Breitendurchmessers gefundene Zahl	80	70

2. Verhältnisse des Skelets.

Bei der Untersuchung des Skelets achte man darauf, ob körperliche Degenerationszeichen vorhanden sind, da die Erfahrung lehrt, dass verkrüppelter Knochenwuchs häufig mit psychischer Depravation einhergeht. (Stigmata hereditatis.) Man vgl. §. 140, 1 b.

[1]) Cf. auch Scholz, Handbuch der Irrenheilkunde 1889 p. 145s., v. Krafft-Ebing l. c. p. 275 s. u. A. m.

3. Der Ernährungs- und vitale Zustand.

Man wird darauf zu achten haben, ob das Aussehen dem Alter entspricht. (Senium praecox, infantiler Typus bei Erwachsenen.)

a) Das Körpergewicht sinkt beim Beginn partieller wie totaler Psychosen; die beginnende Reconvalescenz wird durch Zunahme des Körpergewichts angezeigt, ebenso der Uebergang der Psychose in terminale Zustände. (Vgl. §. 140, 4.) Trophische Störungen sind Othämatom, Knochenbrüchigkeit, Decubitus. (Vgl. §. 140, 2, 3.)

b) Die Secretionen sind theils vermindert, theils vermehrt; Salivation ist als ungünstiges Zeichen anzusehen. (Vgl. §§. 141 u. 142.)

c) Temperatur. Der Temperaturgang der Geisteskrankheit ist atypisch, so dass bald früh, bald Abends, meist jedoch kurz nach Mittag, die höchste Ziffer getroffen wird. Charakteristisch ist das Prävaliren der Kopftemperatur über die der Achselhöhle. Diagnostisch wichtig ist die Beobachtung Mendel's, nach welcher zwischen der Temperatur des äusseren Gehörgangs und der Achselhöhle bei Gesunden eine constante, bei Geisteskranken eine wechselnde Differenz besteht, so dass letztere bald höher, bald niedriger als erstere ist. (Vgl. §. 143, 1.)

d) Puls.

Emminghaus ist der Ansicht, dass man in gewissem Sinne aus den Pulsphasen die Diagnose und Prognose der Psychose stellen kann; in Fällen, die wirklich heilen, werden zu keiner Zeit des Verlaufes andauernd tarde Pulsphasen beobachtet; und weiterhin haben Kranke, die in secundäre Zustände verfallen, schon zu einer Zeit, wo mit den gewöhnlichen Hülfsmitteln noch kein Urtheil möglich ist, bereits die für die Schwächezustände charakteristischen tarden Pulsbilder aufzuweisen. In heilbaren Fällen tritt mit völliger Genesung auch völlig normaler Puls ein, und bloss der Eintritt eines Pulsus celer ist gleichwerthig mit completter Heilung. (Vgl. §. 143, 2.)

II. Untersuchung der Sinnesorgane.

§. 169.

1. Ophthalmoskopie.

Sie ist diagnostisch für gewisse intrakranielle Krankheiten (Meningitis tuberculosa, Tumoren, Gehirncongestionen) wichtig. Wechselnde psychische Erregungs-Erscheinungen fallen mit wechselnden Füllungs-Zuständen der Augen-Hintergrund-Gefässe zusammen. Aehnliches beobachtet man bei Depressions-, Excitations- und Perturbationszuständen.

2. Otoskopie.

Krankheiten des Mittelohrs haben oft durch Fortpflanzung der Entzündung Meningitiden zur Folge, sowie Sinusthrombosen. Die Krankheit kann ausser anderen Hirnsymptomen psychische Störungen in der Form der Depressionszustände herbeiführen; ebenso treten dadurch Ex-

altationszustände mit agitirter Verwirrtheit ein. Ohrenleiden überhaupt veranlassen leicht Hirn-Erscheinungen. Man kann sehr häufig beobachten, dass Schwerhörige, d. h. solche, die es im späteren Alter geworden sind, sehr misstrauisch werden; es kann sich sogar bei vorhandener Disposition eine Form des paranoïschen Verfolgungswahnes ausbilden. Bei Psychotischen mit Hallucinationen des Gehörs soll man es nie unterlassen, das Organ einer genauen Untersuchung zu unterwerfen.

3. Laryngoskopie.

Schultz-Rauchfuss (cit.) hat durch die laryngoskopische Untersuchung an Paralytikern festgestellt, dass die Stimmbänder bei den zitternden Intonationen dieser Kranken nicht mit einem Schlage, sondern unter einzelnen Bewegungsstössen in die Phonationsstellung eintreten. Diese Innervationsstörung ist auf eine Parese des M. krikoarytaenoïdeus lateralis zurückzuführen.

4. u. 5. Geruch und Geschmack s. unten §. 175.

III. Sensibilitätsprüfung.

§. 170.

Wenn bei der mühsamen und zeitraubenden physiologischen Untersuchung der Sensibilität an einem Gesunden, zur Erzielung exacter Resultate, eine besondere Uebung und Fähigkeit des Untersuchten, seine Aufmerksamkeit längere Zeit auf schwache Empfindungen zu concentriren, erforderlich ist, so ergiebt sich, dass eine genaue, in's Einzelne gehende derartige Prüfung bei Geisteskranken unmöglich ist, da sie vermöge des gebundenen, aufgeregten oder verwirrten Zustandes ihres Geistes zu stricter Aufmerksamkeit unfähig sind. Ueberdies sind alle Veränderungen der Gefühlsempfindung, welche auf Heerderkrankungen des Gehirns, auf organischen Veränderungen der peripherischen Nerven (bei Intoxikationen und Alkoholismus) oder auf neuralgischen Störungen beruhen, welche Psychosen verursachen, auf das Gebiet der Neuropathologie zu verweisen.

Es ist bei psychisch Erkrankten nur eine allgemeine Untersuchung der Haut- und Schmerzempfindung möglich, und auch hier ist der Prüfende auf die subjectiven Angaben des Kranken angewiesen, dessen Bewusstsein alterirt ist. Es ist daher meist unmöglich zu entscheiden, ob die vom Kranken angegebene Empfindung nur hallucinirt, oder ob eine wirkliche Störung der Sensibilität wahnhaft umgedeutet wird, oder ob sie, wie bei Hysterischen aus der Neigung zu Sensation, simulirt wird.

So ist denn auch bei Paralytikern, welche infolge der fortschreitenden cerebralen Processe, echte Empfindungsstörungen aufweisen, die

aber deswegen auch mehr oder weniger benommen sind, nur durch wiederholte Controlversuche zu einem exacten Resultat zu gelangen.

Im Allgemeinen ist daran festzuhalten, dass die Sensibilität bei depressiven psychischen Zuständen wegen des gebundenen Zustandes des Geistes geschwächt, in Erregungszuständen wegen des erleichterten Apperceptionsvorganges gesteigert ist. Doch muss man, um Fehler zu vermeiden, eingedenk sein, dass auch die Reflexerregbarkeit alterirt ist.

Ueber die elektrischen Untersuchungen vgl. unter Störungen der Sensibilität, §. 134. 2.

IV. Die Prüfung der motorischen Sphäre.

§. 171.

1. Im Allgemeinen. Man prüfe zunächst die grobe motorische Kraft (man lässt sich die Hände geben und den Kranken mit aller Kraft drücken; natürlich muss man die physiologischen Unterschiede zwischen rechts und links nicht vergessen) und den Muskelsinn (cf. Schema eines Aufnahmebogens p. 224) und achte darauf, ob Zittern, fibrilläre Zuckungen, Lähmungen, Krämpfe, katatonische Erscheinungen vorhanden sind. (Scholz l. c.)

Auch der Stand der Pupillen, die Reflexempfindlichkeit derselben (d. h. die Reactionsfähigkeit derselben auf Lichteinfall), und die Irisreaction sind wichtig.

Beachtung verdient ferner die Feststellung von Ausfallserscheinungen an den Gehirnnerven, weil dies immer auf materielle, substantielle Veränderung im Gehirn etc. (Lues, basale Paralyse) hinweist. Ebendaraufhin deutet es, wenn die Prüfung der Haut- und Sehnen-Reflexe eine Steigerung derselben feststellt. Bei Paralyse dagegen, namentlich der tabischen Form, sind die Sehnenreflexe herabgesetzt oder fehlen ganz. Die Hautreflexe findet man in allen Erregungszuständen gesteigert.

Ueber Prüfung der Sprache und Schrift vgl. Störungen §§. 135 bis 138 und unter Psychischer Status §. 175 f.

§. 172.

2. Mimische Typen.[1]) Im Allgemeinen darf man sagen, dass der Ausdruck der Miene sowohl von der Höhe des Affects als auch von dem Grade der Erhaltung der Geisteskräfte überhaupt abhängig ist. Der Affect des Deprimirten spricht sich deutlich in dessen gebückter und in sich zurückgesunkener Haltung, in dem gesenkten Haupte, den

[1]) Vgl. unter Kriterien: Die Physiognomie der Irren §. 156 f.

zusammengezogenen Augenbrauen, der gefurchten Stirn, den hängenden Mundwinkeln, der Schlaffheit und Langsamkeit der Bewegung, der leisen, zögernden Sprache aus. Der Erregte zeigt ein aufgeschlossenes Gesicht, glatte Stirn, hellen Blick, bewegliches Mienenspiel. Die hochmüthige Ueberhebung des Paranoïkers spiegelt sich in seiner reservirten Haltung, seinen emporgezogenen Augenbrauen, seinem in den Nacken geworfenen Kopf, seiner kurzen, befehlenden Sprache wieder. Der secundär Paranoïsche, sowie der in seiner Intelligenz geschwächte Paralytiker zeigen stets eine gleichgiltige, höchstens etwas selbstgefällige Miene. Die unbewegliche Ruhe des Stuporösen, der gespannte, maskenartige Gesichtsausdruck des im Zustande der Attonität sich Befindenden (Zustandsform einer Paraphrenie) sind pathognomonisch wichtig.

§. 173.

3. **Diagnostische Bedeutung des Westphal'schen Zeichens.**[1]) Man versteht unter dem „Westphal'schen Zeichen" das **Fehlen des Kniephänomens.**

Dasselbe ist vorhanden bei folgenden Krankheiten:

a) Leptomeningitis spinalis; b) Commotio spinalis; c) langsame Compression des Rückenmarks im Lumbaltheile; d) Myelitis im Lumbaltheile; e) multiple Sklerose (bei den seltenen, Tabes vortäuschenden Fällen); f) Tabes dorsualis; g) Friedreich's hereditäre Ataxie; h) alle Formen progressiver Muskelatrophie, sobald sie auf die unteren Extremitäten übergehen; i) Poliomyelitis acuta, subacuta und chronica; k) Landry's aufsteigende Paralyse; l) Hirnhämorrhagie (Embolie und Thrombose), selten andere Heerderkrankungen des Gehirns; m) classische Paralyse bei gleichzeitigen Rückenmarksaffectionen (Ziehen); n) epileptischer Anfall; o) isolirte Lähmung des N. cruralis; p) multiple Neuritis.

Ab und zu ist das Kniephänomen auch vermisst worden bei: Tuberculose, Diabetes (20—40% der Fälle), Syphilis, Senium (auch präcox), Parotitis epidemica, Typhus, bei jeder mit hochgradiger Kachexie verlaufenden Krankheit (Carcinose). Bei letzteren Krankheiten kann jedoch das Westphal'sche Zeichen diagnostisch nicht verwerthet werden. Da bei Commotio spinalis et cerebralis, bei epileptischem Anfall, bei Hirnhämorrhagie (Embolie und Thrombose) das Westphal'sche Zeichen nur ganz vorübergehend auftritt (Ziehen), so deutet dasselbe, abgesehen von der isolirten Lähmung des Cruralis, welche fast stets traumatischer Natur ist, nur auf: 1) die epidemische und tuberculöse Spinalmeningitis (im letzten Stadium); 2) Poliomyelitis acuta; 3) Paralysis acuta ascendens (Landry), ferner auf die chronische Form; 4) langsame Compression und Myelitis des Lumbalmarkes; 5) Tabes dorsualis und Tabes combinée ou ataxo-spasmodique (Seiten- und Hinterstrangsklerose); 6) progressive Muskelatrophie (incl. Pseudo-Hypertrophie); 7) classische Paralyse; 8) multiple Neuritis.

Bei schweren paralytischen Anfällen ist von Möbius nicht selten das Westphal'sche Zeichen auch bei solchen Paralytikern, die sonst normales oder sogar gesteigertes Kniephänomen hatten, beobachtet worden; mit dem Nachlass des Anfalls kehrte das Kniephänomen in allen diesen Fällen zurück.

---

[1]) Cf. Ziehen l. c.

§. 174.

Anhang. Praktisches Verfahren bei Prüfung auf das Kniephänomen. Bei der Prüfung des Kniephänomens muss man die Aufmerksamkeit des Kranken (durch an die Decke blicken oder etwas hersagen oder die Hände auf einander pressen [Jendrássick'sches Verfahren] lassen etc.) abzulenken versuchen, um eine völlige Erschlaffung des Beins herbeizuführen. Bei Syphilitikern und Alkoholisten kommt das Westphal'sche Zeichen zuweilen ohne jene schweren Nervenerkrankungen vor. Doch muss man in jedem solchen Falle eine sehr genaue Untersuchung besonders auf Tabes, progressive Paralyse und multiple Neuritis anstellen, zu welchen drei Krankheiten diese Individuen besonders disponirt sind. Muskelatrophie mit Sensibilitätsstörungen wird für multiple Neuritis, Atrophie ohne Sensibilitätsstörungen für progressive Muskelatrophie, Sensibilitätsstörungen ohne Atrophie und ohne Sprachstörung und Schwachsinn für Tabes, häsitirende Sprache und Schwachsinn für progressive Paralyse der Irren sprechen.

Stets sind beide Kniee zu untersuchen; in einer Anzahl von Fällen bestand das Westphal'sche Zeichen lange Zeit nur einseitig (Möbius). — Ein zeitliches Ungleichsein der Kniephänomene ging in allen Fällen später in Fehlen desselben über (Goldflam) und ist mithin eins der frühesten Symptome, die nachfolgende Tabes vermuthen lassen. Dieses Symptom hat für die Fälle grosse prognostische und therapeutische Bedeutung, in denen überstandene Lues als Ursache von Tabes anzunehmen ist.

Ebenso wie das Kniephänomen verhielt sich in denselben Fällen der Achillessehnenreflex. Eine einseitige Steigerung des Kniephänomens ist stets krankhaft, eine beiderseitige unzweifelhaft nur dann, wenn gleichzeitig Fussklonus besteht, der bei Erwachsenen ein pathologisches Symptom ist (Moebius). Fussklonus kommt vor bei den functionellen Nervenkrankheiten: 1) bei Epilepsie und Eklampsie in ca. 60%, besonders nach Anfällen; 2) bei Hysterie in ca. 20%; 3) bei Neurasthenie in 20—30%; 4) bei den functionellen Psychosen (Cerebrasthenie) sind die Sehnenphänomene nicht gesteigert.

Organische Krankheiten, bei denen Fussklonus auftritt, sind: Progressive Paralyse, senile Demenz, Meningitis, Heerderkrankungen des Gehirns, Encephalitis acuta der Kinder, Hydrocephalus chronicus, Hydromyelie.

B. Psychischer Status.

Ausführliche Methode der Intelligenzprüfung.[1]

§. 175.

I. Perception 1) optische: a) mit Hilfe des Perimeters, b) man lässt Buchstaben oder Figuren mit dem Finger nachfahren; 2) akustische: man überzeugt sich: a) ob die Aufmerksamkeit durch Schalleindruck zu erregen ist, b) ob das Aufmerken momentan oder auch auf ganz kurz andauernde Eindrücke erfolgt; 3) tactile: exacte Reaction auf sehr leichte und kurze Berührung; 4) olfactorische; 5) gustatorische; bei den zwei letzten Sinnen ist nur zu constatiren, dass überhaupt ein Geruchs- oder Geschmackseindruck wahrgenommen wird; 6) Gemeingefühl: somatische Reaction, z. B. auf einen schmerzhaften Eindruck; 7) Wahrnehmung eigner Bewegung: Constatirung, dass active oder passive Lageveränderung der Glieder überhaupt wahrgenommen wird, ohne Rücksicht auf die richtige Beurtheilung der Excursionsweite und Richtung.

[1]) Cf. Rieger l. c. p. 94. s.

II. Apperception. Constatirung, ob notorisch percipirte event. reproducirte Eindrücke, z. B. nachgesprochene Worte die richtige Ideenassociation wecken.

§. 176.

III. Gedächtniss a) für frühere Erinnerungen im Allgemeinen. Orientirung im Raume und der Zeit, Erkennen alter Bekannter, Erinnerung früherer Erlebnisse etc. (Fragen nach: quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando?) Bei nicht bestehender Sprachstörung wird man mittelst der Sprache sich über Umfang des Gedächtnisses orientiren; im anderen Fall muss man nöthigenfalls aus dem sonstigen Verhalten des Kranken Schlüsse ziehen. b) für frische Eindrücke. 1) Aus optischen Perceptionen: weit aus einander stehende Buchstaben zu einem Worte verbinden. Ich habe einen Neurasthenischen gekannt, der nicht lesen konnte, weil er den eben appercipirten Buchstaben sofort vergass und deshalb ein Wort nicht bilden konnte. 2) Aus akustischen Perceptionen: vorgesprochene Worte nach kürzerer oder längerer Zeit nachsprechen lassen; Kenntniss neuer Namen, spec. Eigennamen. 3) Aus tactilen Perceptionen, d. h. dem Vermögen, nach kürzerer oder längerer Zeit noch eine Berührung localisiren zu können. 4) Aus olfactorischen: Constatirung, ob eine Geruchsempfindung nach einiger Zeit als schon dagewesen wiedererkannt wird. 5) Aus gustatorischen: wie bei 4. 6) Aus solchen des Gemeingefühls, d. h. der Fähigkeit, ob und wie lange angenehme oder unangenehme, speciell schmerzhafte Eindrücke behalten werden können. 7) Aus eigenen Bewegungen entstammend, z. B. mit geschlossenen Augen unter Handführung Bewegungen ausführen lassen, nach kürzerer oder längerer Zeit bei Wiederholung der gleichen Procedur constatiren, ob die Bewegung noch im Gedächtniss haftet. Theoretisch lässt sich vermuthen (Rieger), dass ein Wort, welches vorher laut nachgesprochen wurde, besser im Gedächtniss gemerkt werden kann, als wenn der Kranke es sich nur im Stillen merkt.

Da vom Erhaltensein des Gedächtnisses für frische Eindrücke auch die Möglichkeit des Aneignens jeder neuen Fertigkeit abhängt, so können auch in dieser Richtung die mannigfaltigsten Versuche angestellt werden z. B. Klavierspielen. Von tieferer Bedeutung aber als der Gegensatz zwischen dem Gedächtniss für Altes und Neues (im höheren Alter kann bei gutem Erhaltensein alter Reminiscenzen die Fähigkeit, frische Eindrücke zu behalten, geschwunden sein) dürfte die allgemein gültige Thatsache sein, dass Alles, woran man ein Interesse hat, leichter gelernt und behalten wird, als das Interesselose, mehr von aussen Herangebrachte. Stellenweises Fehlen der Apperception beweist nicht das gänzliche Verlöschen der Erinnerung, sondern häufig nur die Ungeeignetheit der zu ihrer Hervorrufung benutzten Mittel.

§. 177.

IV. Unmittelbare Nachahmung. Erforderlich ist die Fähigkeit: a) der Perception, b) der Reproduction.

A. Nachsprechen: 1) einfacher Laute (Buchstabenlaute), a) bekannte (das Alphabet), b) Laute aus fremden Sprachen; 2) Buchstabencombinationen, Silben, Worte. Bei längeren muss sich die Gedächtnissgrenze zeigen: Pferde-Eisenbahn-Gesellschaft, Baugewerks-Berufsgenossenschaft etc. Hieran kann man die Prüfung der Articulationsfähigkeit anschliessen; man lässt z. B. „Dampfschiffschleppschifffahrt" etc. nachsprechen, a) bekannte deutsche, b) unbekannte Fremdwörter.

B. Nachsingen: Dasselbe giebt nur einen diagnostischen Anhaltspunkt bei überhaupt musikalisch veranlagten Menschen.

C. Nachpfeifen: Dabei kommt überhaupt die Fähigkeit, pfeifen zu können, in Frage.

D. Andere Lingu allaute: Zischen, Schnalzen, Grunzen, laute Thierstimmen etc.

E. Mienen, Geberden (Zunge zeigen, Lachen, Weinen, Kopfschütteln, Nicken etc. beliebige Bewegungen). Hier ist festzuhalten, dass es sich nur um Nachahmung handelt.

F. Nachschreiben.

G. Nachzeichnen.

Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass der Nachahmungstrieb gerade in denjenigen Zuständen lebhafter sich geltend macht, in welchen complicirtere Reactionen ausbleiben, bei kleinen Kindern und bei manchen Hirnkranken. Wenn letztere durch Sprachstörung z. B. im Beantworten von Fragen gehindert sind, so sprechen sie oft einfach die Anrede nach (cf. §. 135 Echolalie).

Die einfachste Gedächtnissprüfung (Rieger) ist, Vorgesprochenes oder Vorgemachtes in kürzerer oder längerer Zeit einfach reproduciren zu lassen.

§. 178.

Anhang. Apraxie: M. Allen Starr versteht unter Apraxie die Unfähigkeit, 1) sich des gesprochenen oder geschriebenen Namens von gesehenen, gehörten, gefühlten, geschmeckten oder gerochenen Gegenständen zu erinnern, 2) Gesprochenes und musikalische Töne zu verstehen, 3) gedruckte oder geschriebene Worte zu verstehen, 4) nach eigenem Willen zu sprechen (hier kommt in Frage: Spricht der Patient deutlich oder manche Worte schlecht aus, oder setzt er die Worte an die rechte Stelle? Spricht er im Jargon?), 5) ein Wort nach dem andern zu wiederholen, 6) laut zu lesen (Versteht der Kranke, was er spricht?), 7) nach eignem Willen zu schreiben (Kann er lesen, was er geschrieben hat?), 8) Dictirtes nachzuschreiben, 9) zu copiren, 10) den Gebrauch gesehener, gehörter, gefühlter, geschmeckter, gerochener Gegenstände zu erkennen.

Bei 9 Fällen von Apraxie fand Starr die Embolie der Arteria Cerebri media bei Rechtshändern stets in der linken, bei Linkshändern in der rechten Hemisphäre, also in derselben Hemisphäre, von deren Läsion die Aphasie abhängt. Nun findet sich allerdings Apraxie wie Aphasie auch in Fällen von Dementia paralytica, bei welcher die Erkrankung diffus über beide Hirnhälften verbreitet ist.

§. 179.

V. Aeusserung von intellectuellen Vorgängen, die durch rein innere Associationen verlaufen. Es ist die Scheidung zu machen: A) in eingelernte stets gleichmässig ablaufende Associationen, wie Alphabete, Gebote, Redensarten etc. oder geläufige Thätigkeiten, B) in combinatorische Neuschöpfungen.

1. Sprachliche Aeusserungen: a) hervorgerufen durch Anregungen von aussen durch Frage, Aufforderung, Commando: α) Hersagen geläufiger Reihen von Worten, Zahlen, Buchstaben etc. (Alphabet, geläufige Gebete, zehn Gebote, Gedichte, Wochentage, Jahreszahlen, Monate etc.), β) unmittelbare Anworten auf Fragen: Wie heissen Sie? Was sind Sie? Wie heisst der Kaiser? etc.; b) spontanes Sprechen Dabei ist auf etwaige Unterschiede im Finden der verschiedenen Redetheile, die im Fluss der spontanen Rede bemerklich werden können, zu achten.

2. Die Sprache ersetzende oder ergänzende Geberden.

3. Niederschreiben von inneren Associationen.

4. Singen von früherher bekannter Tonfolgen.

5. Pfeifen event. Spielen eines musikalischen Instrumentes.

6. Sonstige Bewegungs-Associationen (Uhr aufziehen).

7. Zeichnen, modelliren etc.

§. 180.

VI. Identificirendes Erkennen. Es giebt davon zwei Arten: 1) Identificationen unter Ausschluss der Sprache, 2) Identificationen eines Sinneseindrucks mit einem Sprachbegriff. Die erstere Fähigkeit kann noch bei einem Menschen erhalten gedacht werden, der des Sprachverständnisses völlig beraubt ist.

1. Identificirendes Erkennen unter Ausschluss der Sprache: a) von optischen Eindrücken, b) von akustischen, c) von den übrigen Sinneseindrücken.

2. Identification eines Sinneseindrucks mit dem Sprachbegriff.

a) Identification mit Vorgesprochenem. α) Identification eines optischen Eindrucks: aa) Personen, bb) beliebige Gegenstände, speciell solche von conventioneller Bedeutung wie Münzen, Briefmarken, cc) Abbildungen, dd) vorgestellte Thätigkeiten, ee) vorgestellte Eigenschaften, ff) Buchstaben, einzelne, gg) Buchstabenzusammenstellungen, Silben, Worte, hh) einzelne Ziffern und mehrstellige Zahlen, ii) Interpunctionszeichen, kk) musikalische Noten. β) Identification eines akustischen Eindrucks in Bezug auf aa) Singen, Pfeifen und alle möglichen Laute überhaupt, bb) bestimmte musikalische Töne, Intervalle, Melodieen. γ) Identification der übrigen Sinneseindrücke, speciell der aus eigner Bewegung stammenden.

b) Identification mit Vorgeschriebenem.

§. 181.

VII. Umsetzung von Sinneseindrücken in sprachliche Begriffe: a) in Gesprochenes; b) in Geschriebenes. Häufig kann man Worte nicht selbst finden, welche man aber sofort als richtig identificirt, wenn sie einem gesagt werden. Auch bei Gesunden findet das statt, besonders bei Worten beschränkter Bedeutung. Bei fremden Sprachen dehnt sich die Schwierigkeit, Worte selbst zu finden, welche man doch sofort richtig identificirt, sogar auf die allergewöhnlichsten Begriffe aus.

In der Grashey'schen Abhandlung ist (citirt von Rieger) das Beispiel angeführt, dass ein Kranker, welcher mehrmals erzählte, er sei am Morgen in der Kirche gewesen, bei Vorzeigung des Bildes einer solchen das Wort nicht finden konnte, obwohl er das Object erkannte.

Der Kranke findet vermöge innerer Association zuweilen ein Wort und identificirt es richtig, dagegen fehlt ihm die Fähigkeit der „Umsetzung". Die meisten „Aphasischen" identificiren noch ganz gut, aber die Umsetzung geht bei ihnen sehr verlangsamt oder nur zuweilen oder gar nicht vor sich. Dieser häufigeren und leichteren Störung steht als schwerere und seltenere diejenige gegenüber, bei welcher auch die Identification des Vorstellungsverlaufes aufgehoben ist. Dass bei letzterem Zustande das, was man als Worttaubheit zu bezeichnen pflegt, vorhanden sei, bei gleichzeitiger ungestörter Fähigkeit der Umsetzung, könnte für jeden Fall als bewiesen gelten, wenn sorgfältig unterschieden wird zwischen dem, was der Kranke aus innerer Association spricht, und dem, was er unmittelbar aus Sinneseindrücken in sprachliche Aeusserung umsetzt.

§. 182.

VIII. Combination. Aus den Definitionen der Algebra ergiebt sich, dass bei einer Combination vorhanden sein muss: 1) eine Auswahl gegebener Elemente, 2) eine bestimmte Ordnung derselben. Bei der hier in Betracht gezogenen Combination kommt noch die Beziehung auf die formale Richtigkeit und die reale Wirklichkeit hinzu. Man könnte noch einfacher für Combination das Wort „Denken" gebrauchen. So sagt Max Müller (cit.) in den Eingangsworten zu seinem Werk, Das Denken im Lichte der Sprache: „Das Denken ist für mich nichts Anderes als Combiniren d. h.

Verbinden." Vor allen Dingen handelt es sich bei einer Combination um eine Neu-Schöpfung. Damit sind alle eingelernten Associationen ausgeschlossen, bei denen man eben nicht mehr zu denken braucht. Natürlich giebt es aber die grössten Verschiedenheiten; hierfür ist das einfachste Beispiel das Multipliciren mit einfachen und grösseren Zahlen. Schwachsinnige verrathen ihren Defect erst in ihrer Combinationsthätigkeit, gerade so wie einfach „dumme" event. aber ganz „gebildete" Menschen, nur eben in einem höheren pathologischen Grade. Sie stellen das gerade Gegentheil von denjenigen Hirnkranken vor, die schwere Defecte in vielen andern Stücken zeigen, aber noch ganz gut „combiniren".

§. 183.

Schema eines Aufnahmebogens[1]

für die Abtheilung ..

der

Aufnahme in / Entlassung aus } ...... Abtheilung.	Diagnose:
Name u. Vorname	1. Aufn. Tag .... den ... ten .... 18 ...
geb.	2. Entlass. Tag .... den ... ten .... 18 ....
Stand	Letzter Wohnort { Provinz .... / Reg.-Bez. / Kreis .... }

Anamnese.

Jahre alt (geb. den .... ten 18 .....)	zu .. Kreis ... Reg.-Bez. ....
Religion .... ob verheirathet?	Vertreter u. Briefempfänger ....

A. Allgemeine Lebensverhältnisse.

Ist Blutsverwandtschaft bei Eltern oder Grosseltern vorhanden?

I. Verwandtschaft (Vererbungsverhältnisse)

1. Vater
2. Mutter geb.
3. Grosseltern { väterlich / mütterlich }

Grossmutter geb.

---

[1]) Die Anamnese ist nach Kahlbaum modificirt.

4. Seitenverwandte
   Onkel { väterlich
   Tante { mütterlich
5. Geschwister
6. Kinder (Namen, Alter)

II. Aeusserer Lebenslauf.

a. Kindheit.

1. Geburtsverh. (seitens Eltern und Kind)
2. Erziehung (durch Vater, Mutter, Stiefeltern, Erzieher etc.)
3. Unterricht

b. Späteres Lebensalter.

4. Erwerb, Beschäftigung
   Amtliches Verhältniss
5. Zustände im elterlichen Hause resp. an einem anderen Orte der Erziehung
6. Persönliche Verhältnisse (Freunde, Vereinsmitglied, Soldat)
7. Aufenthaltsorte, Reisen
8. Ereignisse von besonderer Wichtigkeit

III. Familienstand.

1. Verheirathet mit
   Geburtsjahre der Kinder
   Gegenseitige eheliche Beziehungen
2. Verwittwet
3. Geschieden

B. Individuelle Lebensverhältnisse vor der geistigen Erkrankung.

I. Die geistige Natur betreffend.

1. Geistige Entwicklung in der frühen Kindheit
2. Verstandes-Anlage und Ausbildung
   Gedächtniss (Lesestoffe)
   Bildungskraft (Phantasie)
   Begabung für
3. Neigungen oder Abneigungen
   Gewohnheiten, Erholungsart
4. Gefühlsleben
   Gesammt-Stimmung (Temperament)
   Einzelgefühle
   Verkehr

5. Willensbeschaffenheit
6. Thätigkeit (womit und wie?)
7. Sittlichkeit
8. Religiosität
   Aberglaube
9. Gemüthsbewegungen (ob welche vorgekommen, leicht, oft?)
   Leidenschaften
10. Lebensweise (Ordnung)
11. Schlaf
12. Essen, Trinken, Rauchen (mässig?)

II. Die körperliche Natur betreffend.

1. Entwicklung (Gehenlernen etc.), Wachsthum, Grösse, jetzige
2. Knochenbau
3. Kopfbildung
4. Ernährungszustand
5. Ausleerung
6. Sonstige körperliche Eigenschaften, Kräftezustand
   (Turnen, Abhärtung etc.)
7. Geschlechtsleben, Sinnlichkeit
8. Monatsfluss (wann zuerst? etc.)
   Schwangerschaftsverh. etc.

III. Frühere körperliche Krankheiten.

1. Kinderkrankheiten, Zahnbildungszeit, Kopfverletzung
2. Entwicklungsjahre
3. Fernere Jahre, Geschlechts-Krankheiten

C. Frühere etwaige Anfälle oder Anzeichen.

Anfang möglichst genau zu bestimmen, Verlauf, Dauer, Behandlung

D. Die Körpervorgänge der gegenwärtigen Krankheit.

a. Ernährungsthätigkeit und ihre Organe.

1. Esslust, Geschmack, Zunge
2. Nahrungsauswahl, Verdauung, Unterleib
3. Ausleerung

4. Ernährungszustand, Gewicht
5. Haut

b. Fernere Stoffwechselthätigkeit und ihre Organe.

6. Athmung, Lungen etc.
7. Kreislauf
   Herzempfindungen
   Blutbeschaffenheit
8. Wärme

c. Geschlechtsleben.

9. Sinnlichkeit
10. Monatsfluss (wann zuletzt, wie?)

d. Nerventhätigkeit.

11. Empfindungsthätigkeit, (Schmerz, Abstumpfung etc.)
12. Sinnesorgane
13. Pupillen
14. Bewegungsorgane (Gangart)
15. (Krampf, Lähmung)
16. Gesichtsmuskeln
17. Zungen-Bewegung

E. Ursächliche Verhältnisse (in kurzer Zusammenstellung).

I. Prädisposition.

Anlage seitens der Verwandtschaft, Krankheit im Kindesalter

Allgemeine Verhältnisse der Zeit, des Standes u. dgl.

II. Individuelle Disposition (Veranlagung).

a) in geistiger Beziehung (fehlgeschlagene Unternehmungen, unglückliche Liebe, Unglücksfälle, Schwärmerei, veränderte Lebensweise, gesteigerte geistige Thätigkeit u. dgl., langsam wirkende Momente)

b) in körperlicher Beziehung (unterdrückte Ausleerungen, Hämorrhoiden, Geschwüre, Ausschläge, ferner Trunksucht, Kopfverletzung früherer Zeit, andere Beschädigungen u. dgl. mehr)

III. Letzte Veranlassung.

a) in geistiger Beziehung

b) in körperlicher Beziehung

F. Bisherige Behandlung.

I. Beginn der Erkrankung.

1. a) Wann (möglichst genau)?
   b) Wie?
   Anfangs-Symptome als:
2. Veränderung des Charakters, in Benehmen, Manieren und Gewohnheiten
3. Reinlichkeit und Körperpflege
4. Schlaf
5. Sinnesthätigkeit
6. Haltung und Gang
7. Geschlechtsverrichtungen
8. Hunger und Durst
   Ausscheidungen
9. Blutumlauf, Herzthätigkeit
10. Etwaige Krankheiten

II. Weitere Entwicklung.

1. Gleichmässig, steigend, wechselnd
2. Perioden, Dauer
3. Gesunde Zwischenzustände

Status praesens.

I. Somatisches Verhalten.

Körperlänge
Körpergewicht
Knochenbau
Muskulatur
Fettpolster
Haut: Locale Hyperämie, Fluxion, Anämie; örtliche, allgemeine Cyanose; Ekchymosen, Pigmentirung, Hyperidrosis, Anidrosis, Atrophie, Hypertrophie, Herpes, Urticaria, Ekzeme
Alter: (ob das Alter der Entwicklung entspricht?)
Nägel: Rissig, kolbig, Lunula
Haare: Naevus pigmentos., Alopecia, Reichthum, Mangel
Schädel: (Asymmetrie, Degenerationszeichen) Mikro-, Makro-, Hydro-, Rhombo-, Lepto-, Klinocephalus
Gesicht: (Prognathie etc.)
Ohren: (Morel)

Augen: (Bildungsfehler, Koloboma, Pigmentmangel) Strabismus, Schiefstand der Lidspalte, Iris unregelmässig, Färbung
Mundhöhle: (Hasenscharte, Wolfsrachen)
Zunge, Zähne, Schleimhäute
Hals-Umfang, -Länge
Abnormitäten der Glieder (Verkrümmungen der Wirbelsäule, Klumpfuss etc.)
Geschlechtsorgane (Bildungshemmungen)
Lungen
Herz
Arterien (vasomot. Nachröthen), Puls
Leber, Milz, Nieren etc.
Urin
Speichel (Eiweiss, Zucker)
Schweiss
Pupillen (Weite, Enge, reflector. Pupillenstarre, Reactionen auf Licht und Convergenz; secundäre Innendeviation, conjugirte Deviation; Nystagmus, Hippus, Iridodonesis
Gesichtsfeld
Facialisinnervation (Zunge, Uvula)
Idiomuskuläre Erregbarkeit
Hautreflexe.

1. Plantar-
2. Glutaeal-
3. Kremaster-
4. Epigaster-
5. Scapular-

} Reflex

Sehnenreflexe.

1. Ankonäussehnen-
2. Knie-
3. Achillessehnen-

} Phänomen

Fussklonus
Paradoxe Reflexe, paradoxe Contractur, Spinalirritation
Ovarie
Irritable Teste
Spontane Schmerzen
Sexualreflex (gesteigerter Geschlechtsreiz, reizbare Schwäche, Impotenz)
Trophische Muskelstörungen

Elektrisches Verhalten der motorischen Apparate, Entartungsreaction

Functionsstörungen

Motilitätsstörungen (grobe motor. Kraft)

1. Lähmungen
2. Mitbewegungen
3. Krämpfe
4. Tremor, Trismus, Tetanie
5. Ataxie (spastische, locomotorische), Romberg's Zeichen
6. Athetose

Gang.

1. paralyt. oder paret. (der mit den Augen ängstlich überwachte paralyt. Gang)
2. ataktischer
3. spastischer

Sensibilitätsstörungen.

1. Berührungsempfindung
2. Localisationsvermögen
3. Drucksinn, Druckempfindlichkeit, Druckpunkte (Valleix), Iliocöcalpunkte
4. Temperatursinn
5. Schmerzempfindung
6. Das Vermögen, die körperliche Gestalt der Dinge durch den Tastsinn zu erkennen (stereognostische Perception)
7. Muskelgefühl
8. Gewichtssinn
9. Empfindungen passiver Bewegungen
10. Empfindungen activer Bewegungen
11. Kraniotympanale Leitung
12. Elektrische Sensibilität

Sprache

Schrift

II. Psychisches Verhalten.

Stimmung

Theilnahme für Freude und Trauer

Gefühl für das Gute und Böse, für näher oder ferner stehende Personen

Gemüthsausdruck (Lachen, Weinen, Gesicht)

Gedankenrichtung (Wahn); wie denkt P. über sich (Krankheitsbewusstsein), über andere?

Tägliche Lebensweise
Wie besorgt Patient seine Kleidung und Körperpflege?
Nahrungsaufnahme
Beschäftigt sich P. in gewohnter Weise, oder in anderer, oder gar nicht?
Wie ist die Art seines Benehmens?
Triebleben (besondere Triebe: Zerstörungstrieb, Angriffe gegen das eigene und fremde Leben).

VIERTES CAPITEL.

Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten.[1])

I. Zeichen psychischer Krankheit.

I. Allgemeine Gesichtspunkte.

§. 184.

Die Frage, ob ein Individuum geisteskrank sei, kann in zweierlei verschiedenem Sinne gestellt werden. Man kann fragen, ob überhaupt bei ihm die psychischen Processe durch Krankheit gestört seien? — oder man kann meinen, ob, bei deutlich vorhandener und festgestellter krankhafter psychischer Störung, diese einer jener Gehirnaffectionen angehöre, die man einmal üblicherweise „Geisteskrankheiten" nennt, oder ob nicht vielleicht die Störung von einer anderen Erkrankung, von Meningitis, Typhus, Alkoholintoxikation etc. herrühre? — Die letztere Frage ist eine rein ärztliche, die erstere wird viel öfter zu ärztlich-forensischen Zwecken gestellt.

Ob bei einem Menschen die Seelenthätigkeiten krankhaft gestört seien, ist mitunter augenblicklich und von jedem Laien zu entscheiden; in vielen anderen Fällen ist das Urtheil darüber ungemein schwierig und erfordert lange Beobachtung und die gründlichsten Specialkenntnisse. Dem Verf. selbst haben Gutachten von irrenärztlichen Specialisten vorgelegen, die nach halbjähriger Beobachtung eines Menschen in ihrer Anstalt nicht ins Reine kommen konnten, ob sie ihn für geisteskrank erklären sollten oder nicht, und es giebt ältere und neuere Fälle wo solche, auf eine ad hoc angestellte, lange Beobachtung gegründeten und sich doch im Endresultat ganz widersprechenden Gutachten psychiatrischer Notabilitäten veröffentlicht worden sind. Man sieht also gleich,

[1]) Cf. Fritsch, Allgem.Diagnostik. Droczak, Allgem. Diagnostik. Emminghaus, Lehrbuch p. 251 s.

wie unzulässig für viele Fälle die Forderung an den Gerichtsarzt ist (wie sie bei den Geschworenengerichten öfters gestellt wird), dass dieser nach einer ein- oder zweimaligen kurzen Untersuchung des Angeklagten — zuweilen gestattet die kurze Zeit kaum eine rechte Kenntnissnahme von den Untersuchungsacten — sein Urtheil abzugeben habe.

Die Schwierigkeit dieser Frage beruht darauf, dass Verkehrtheiten in den Gefühlen und Bestrebungen, dass falsche Vorstellungen und Urtheile, dass selbst Täuschungen in den Sinnen — alles, wie wir gesehen haben, die wesentlichen Elemente der psychischen Krankheiten — auch aus anderen als aus krankhaften Zuständen sich ergeben und neben einer im Ganzen ungestörten psychischen Gesundheit bestehen können, dass ferner, während solche psychischen Anomalieen gar nicht bestehen, ihre äusseren Zeichen absichtlich vorgespielt, oder während sie bestehen, ihre äusseren Zeichen verborgen werden, endlich darin, dass es viele unausgebildete, daher mit nur unvollständig ausgeprägten Merkmalen versehene Fälle giebt. — Welches sind also die Hauptkriterien, dass ein Individuum für geisteskrank zu erklären ist? —

§. 185.

Als Grundlage des diagnostischen Vorgehens auf psychiatrischem Gebiete ergeben sich folgende, allgemeine Gesichtspunkte.

1. Die Geistesstörungen sind Gehirnaffectionen mit anhaltenden, aber nicht ausschliesslich psychischen Symptomen. Es ist vor allen Dingen die Frage nach dem Bestehen einer angeborenen oder erworbenen Gehirnnervenkrankheit zu stellen.

2. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist mit der psychischen Erkrankung eine Veränderung, eine von dem früheren Wesen des Kranken beträchtlich verschiedene, demselben fremde Beschaffenheit seines Seelenlebens, seiner Stimmungen, Gefühle, Neigungen, Gewohnheiten, Willensrichtungen und Urtheile verbunden. Er ist nicht mehr derselbe; sein früherer Ichverband wird verändert, er wird sich selbst entfremdet (alienirt). — Die Constatirung der mit dem Kranken vor sich gegangenen Veränderung erfordert, dass sein früheres Wesen, sein Charakter etc. dem Arzte — wenn auch nur aus Mittheilungen Anderer — wohl bekannt sei. Die Gegensätze sind dann oft äusserst frappant — der Mässige ergiebt sich dem Trunk, der Leichtsinnige grübelt über der Bibel, der Schüchterne wird laut und herausfordernd, der Sittsame obscön etc. Diese Umänderung in der Denk-, Empfindungs- und Handlungsweise tritt um so deutlicher hervor, je rascher sie erfolgt; sie ist dagegen viel schwieriger zu constatiren, wenn sie sehr allmählich im Laufe der Jahre sich ausbildet, und die Fälle letzterer Art sind, wenn sich das Irresein dabei auf einem leichten Grade hält, meistens unge-

mein schwierig von unangenehmen Charakter-Eigenschaften, Immoralität, Grillenhaftigkeit, falschen Lebensansichten etc. zu unterscheiden. — In einer gewissen Anzahl von Fällen, jedenfalls der grossen Minderzahl, lässt sich aber überhaupt keine erhebliche Umänderung, sondern eher eine höhere Entwicklung und Steigerung der vorstechenden Charakterzüge und Eigenschaften des Individuums im Irresein erkennen, und kam hier vollends die geistige Störung langsam, so fehlt es sehr an sicheren Anhaltspunkten; so in manchen Fällen allmählich krankhaft gewordener Processsucht, bei nach und nach immer stärker werdender Leidenschaftlichkeit oder Gemüthskälte u. dgl. — Auch da wird die Umänderung vermisst, wo es sich um angeborene oder von frühester Jugend an bestehende Zustände handelt, wie bei von jeher excentrischen, sonderbaren oder bei von jeher geistesschwachen Individuen; und in der That ist es auch hier, bei den mässigen Graden, oft äusserst schwierig, sich über die Krankhaftigkeit solcher Zustände (dies kann doch allein gemeint sein, wenn man einen sehr leichten Grad von Schwach- oder Blödsinn von Dummheit unterscheiden soll) auszusprechen, während sie erworben, also mit Aenderung der früher normalen Individualität einhergehend, meist viel leichter zu beurtheilen sind. — Aus all diesem ergiebt sich, dass die Vergleichung mit dem früheren Wesen des Individuums immer eine der Hauptaufgaben bei Beurtheilung dieser Fragen sein muss.

Es müssen daher in der Entwicklungsgeschichte des Individuums alle jene Momente gesucht werden, die empirisch zum Irrsinn führen etc., und die Verhältnisse sind in Betracht zu ziehen, welche auf die Gestaltung der Gesammtpersönlichkeit Einfluss gewonnen haben. In jedem Falle von psychischer Störung ist festzustellen, ob sich die beobachteten Lebensäusserungen des betreffenden Individuums noch innerhalb der Grenzen der Gesundheitsbreite halten, oder ob dieselben bereits überschritten sind. Die Symptome, aus welchen auf das Bestehen von Geistesstörungen geschlossen wird, sind ausnahmslos indirecte Krankheitszeichen, da die Organe, welche seelische Lebensäusserungen vermitteln, der directen Untersuchung nicht zugänglich sind.

Man muss sich also mit den Antecedentien, mit der Geschichte des Individuums vertraut machen. Leider wird man von den Angehörigen und Umgebungen des Kranken hierin nicht immer unterstützt, öfters durch Verschweigung der wesentlichen Momente im Dunkeln gelassen; auf extraofficiellem Wege erfährt man oft mehr. — Auch für das ganz kurz dauernde transitorische Irresein, wie es hier und da bei Epileptischen, bei Trinkern, aber auch hier und da ohne besondere Ursache bei Disponirten entsteht, ist die totale Umänderung der Persönlichkeit während des Anfalls ein Hauptpunkt: aber freilich kann äusserlich das Leben eines Individuums sich so verhalten, dass der grösste Gegensatz gegen das Thun im „Anfall" hervortritt, während ein Eingehen in's Innere der Persönlichkeit die Stelle des Gemüths zeigt, die schon

im gewöhnlichen Leben die stärkste, wenn auch vielleicht mehr oder weniger äusserlich verborgene Anlage enthielt, in der dieses Thun wurzelte. Man wird deshalb mit dem transitorischen Wahnsinn, der manchen Gerichtsärzten sehr geläufig ist (vgl. Dévergie, Où finit la raison? où commence la folie? Mémoires de l'Acad. de médicine T. 23, 1859, p. 1 ff.), sehr vorsichtig sein müssen und am meisten noch da ihn annehmen können, wo der Anfall einen traumartigen Charakter darbot, wo dann auch gewöhnlich die Umänderung der Persönlichkeit am stärksten hervortritt. Man muss hier ausserdem die An- oder Abwesenheit etwaiger Vorboten des Anfalls wohl beachten; gänzliches Fehlen solcher ist schon verdächtig.

2. Aetiologische Gesichtspunkte.

§. 186.

1. Das Irresein als eine Krankheit beruht auf Ursachen. Da, wo keine veranlassende Ursache aufzufinden ist, besteht immer eine angeborene oder erworbene Disposition oder gar angeborene Krankheit. Sind die erfolgten Umänderungen im Wesen des Kranken oder sind die verdächtigen Steigerungen gewisser Seiten seiner Individualität unter Umständen eingetreten, welche erfahrungsgemäss entschiedene Ursachen des Irreseins sein können, oder steht das Individuum unter der Belastung wichtiger ätiologischer Momente, so berechtigt dies noch weit mehr zu der Auffassung des Zustandes als eines geisteskranken.

2. Erfahrungsgemäss erkranken in überwiegender Mehrzahl eben nur solche Gehirne, die hierzu durch irgend welche Einflüsse veranlagt, zu Irrsinn prädisponirt sind. Meist ist die Disposition in einer Reihe von Einflüssen zu suchen, die man als hereditäre Momente zusammenfasst. Eine weitere Gruppe von schädlichen Momenten sind schwere Neurosen; Irrsinn bei Epileptikern, bei Hypochondrischen, Hysterischen, Choreatischen, bei Trunksüchtigen ist keineswegs selten, so dass wir von einer neuropathischen Disposition hierzu sprechen können. Kummer, Schrecken, acute Krankheiten, Puerperium mögen als häufige erregende Ursachen genannt sein.

3. Unter jenen Schädlichkeiten, in deren Gefolge ein angeborener geistiger Defectzustand sich einstellen kann, die aber jedenfalls eine Disposition zu psychischer Erkrankung begründen, spielen fötale Erkrankungen, meningitische, encephalitische Processe, Hydrocephalie, Missbildungen des Schädels, traumatische Einflüsse während der Geburt etc. eine sehr wichtige Rolle. Auch das in der Entwicklung vorgeschrittene und voll entwickelte Gehirn unterliegt mannigfachen Einwirkungen, die bald als entfernter veranlagende Momente, bald als unmittelbare Ursachen des Auftretens erworbenen Irrsinns, beurtheilt werden müssen. Eine selbst ausgesprochene Disposition zum Irrsinn muss nicht

nothwendig dazu führen, aber in solchen Fällen reichen an sich geringfügige Anlässe aus, im Einzelfalle jene Wirkung zu erzeugen.

Der Nachweis von Ursachen des Irrsinns ist für die Diagnostik von geradezu einschneidender Bedeutung, zumal eine gewisse Gesetzmässigkeit zwischen den Krankheitsbildern und ihren Ursachen besteht, so dass gewisse Eigenthümlichkeiten jener direct auf bestimmte Ursachen hindeuten, die constatirte Wirkung dieser ein bestimmt geartetes Krankheitsbild erwarten lässt. Aber auch hier findet die Constatirung der Thatsachen und die Beurtheilung oft nicht geringe Schwierigkeiten. Letzteres besonders da, wo Umstände vorliegen, die allerdings als Krankheitsursachen von grosser Wichtigkeit sind, die sogar selbst schon Aeusserungen eines gestörten Seelenlebens sein können, die aber oft genug auch als Aeusserungen unsittlicher Neigungen vorkommen und einen — ohne alles Krankhafte — entsittlichenden Einfluss auf Charakter, Gemüthsleben und Intelligenz haben, wie z. B. ein lüderliches Leben und besonders der Missbrauch von Spirituosen. Ob die Verkehrtheit, die Gemüthsstumpfheit, die habituelle Verstimmung der Schnapstrinker in ihren mässigen Graden als psychisch krankhafter Zustand betrachtet werden soll — für die hohen Grade ist dies wohl immer zulässig, — ist zuweilen eine kaum mehr ganz objectiv zu lösende Frage. Ebenso kann zuweilen das Urtheil da schwierig werden, wo sehr kräftige psychische Ursachen, wo die Anlässe zu heftigen Affecten vorausgegangen sind, und die gesetzte psychische Aufregung oder Depression mit allen ihren Folgen als natürliches Resultat jener Anlässe, als noch gesunde Reactionsweise gegen dieselben erscheinen kann, z. B. eine sehr intensive Gemüthsdepression nach einem Vermögensverlust, einem Todesfalle u. dgl., eine weit gehende Aufregung nach einer erlittenen Kränkung etc. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Melancholischen aus psychischen Ursachen und dem durch dieselben Ursachen in gesunder Weise afficirten Traurigen, dass nämlich letzterer bei weggenommenen Ursachen oder bei Eintritt entgegengesetzter Verhältnisse auch wieder gesund reagiren, also aus seiner Gemüthsdepression sogleich heraustreten wird, während sich der Melancholische seiner krankhaften Trauer nicht entziehen kann, und sein Zustand nicht — wenigstens nicht unmittelbar — durch Entfernung äusserer trauriger Anlässe aufhört, dieser Unterschied ist als praktisch-diagnostisches Kriterium kaum je recht zu verwenden. — Viel leichter gestaltet sich in der Regel die Beurtheilung, wenn sich gar keine solchen äusseren, veranlassenden Ursachen zu dem verdächtigen Zustande, zu der erfolgten Umänderung des Wesens des Kranken auffinden lassen, — dieselbe also keinesfalls als normale Reactionsweise gegen äussere Ereignisse zu betrachten ist, und daneben doch vorbereitende oder disponirende Momente, namentlich Heredität sich finden.

Hier tritt gerade eines der wesentlichsten Kriterien des Irreseins, die anomale Reactionsweise aus inneren Gründen, aus einer abnormen psychischen Beschaffenheit des Individuums selbst, am deutlichsten hervor. — Hat ein Individuum schon früher einmal einen constatirten, unzweifelhaften Anfall von Irresein erlitten, so ist dieses von grösstem Werth, denn wir wissen, dass hiermit eine Disposition zu späterer, nochmaliger Erkrankung begründet ist.

Ist es möglich, die Entwicklung der psychischen Krankheit rein objectiv und ohne Willkür nachzuweisen, so ist ein sehr wesentlicher Theil der Aufgabe gelöst.

3. Verwerthung der psychischen Symptome.

§. 187.

Die Semiotik der psychischen Krankeiten beruht wesentlich auf der Interpretation der psychischen Acte von Seiten eines mit den gestörten Seelenfunctionen und ihren Aeusserungsweisen vertrauten Beobachters. Zwei Individuen können ganz das Gleiche sagen oder thun, z. B. ihren Glauben an die Einwirkung von Hexen äussern oder die Besorgniss aussprechen, ewig verdammt zu sein; der Beobachter, welcher weiss, wie es gemeint ist, wird den Einen für gesund, den Andern für geisteskrank erklären. Diese Interpretation wird möglich durch Berücksichtigung aller begleitenden Umstände und durch eine aus eigener Erfahrung geschöpfte Kenntniss der einzelnen Formen des Irreseins und der ihnen zukommenden Phänomene; die Vorstellung, ewig verdammt zu sein, ist z. B. eine so häufig bei Melancholikern vorkommende, dass sie sogleich den Verdacht der Melancholie erwecken muss, und nun alsbald untersucht werden kann, ob ihre Begründung wirklich diejenige ist, die der melancholischen Seelenstörung und ihren Wahnvorstellungen zukommt.

Entspricht das Gesammtbild des Zustandes und entsprechen sämmtliche wesentlichen Einzelheiten dem Bilde einer der Hauptformen des Irreseins, so ist mit der festen Diagnose einer dieser einzelnen Formen natürlich auch die Diagnose des Irreseins überhaupt gegeben. Aber durchaus nicht darf umgekehrt aus der nicht vollständigen Congruenz des Falles mit diesen bekanntesten, beschriebenen Hauptformen auf die Abwesenheit einer Seelenstörung geschlossen werden. Bei Aufstellung dieser Formen hebt man in wohlbegründeter Weise die am meisten charakteristischen Zustände heraus und fasst sie in Bilder zusammen; es giebt aber mancherlei Mittelzustände, Mischformen, unvollständig ausgeprägte Zustände, auf welche diese Bilder nicht gerade ganz genau passen. Meistens wird es nicht schwer sein, wenigstens den all-

gemeinen Charakter der Exaltation, der Depression oder der Schwäche aufzufinden; doch liegt in einzelnen Fällen, z. B von krankhafter Gemüthsstumpfheit, von Processucht u. dgl. selbst dieser allgemeine Charakter keineswegs offen auf der Hand.

Ausgebildete Wahnvorstellungen sind im Geringsten nicht nothwendig, um ein Individuum für psychisch krank, selbst im engeren Sinne für geisteskrank erklären zu können. Für die Verwerthung einer fraglichen Wahnidee ist bestimmend, ob der Wahn eines Geisteskranken das Product einer Gehirnerkrankung ist; er ist die Folge einer Sinnestäuschung oder der Erklärungsversuch einer krankhaften Stimmung oder ein Primordialdelir; er steht vielfach mit den früheren gesunden Anschauungen, der früheren Denkweise und Erfahrung in grellem Widerspruch. Logik und Raisonnement vermögen nichts gegen den Wahn der Irren, weil er Theilerscheinung eines pathologischen Vorganges ist. In vielen Fällen besteht kein eigentliches Delirium, oder wird wenigstens keins geäussert, aber die Gemüthslage, die Stimmungen, die Willensrichtungen sind in einer Weise krankhaft verändert, dass die gesunde Urtheilskraft getrübt, die Intelligenz formal beeinträchtigt wird. Ein solches Individuum kann „verständig", d. h. ohne grobe Fehler und Unrichtigkeiten, über gewöhnliche objective Verhältnisse reden, es kann Recht und Unrecht unterscheiden, seine Thaten mit richtiger Wahl der Mittel, mit äusserer Besonnenheit vollführen, durch sein Verhalten zeigen, dass es eine verbrecherische That als solche erkennt, sich der Strafe zu entziehen suchen etc., es kann sich, wenigstens eine Zeit lang, äusserlich ohne alles auffallende Benehmen halten, und doch kann seine Stimmung so tief alterirt, seine ganze Gemüthsbeschaffenheit so erheblich gestört sein, dass ein wesentlich anderes Verhältniss der Persönlichkeit zu sich selbst (seinem frühern Ich) und zur Welt sich gebildet hat, und dass jeden Augenblick sich die Gemüthsreizung in leidenschaftlichem, oder wie immer verkehrtem Thun und Treiben Luft machen kann. So namentlich in den Anfangsstadien der psychischen Erkrankung, so in vielen mässigen Fällen von Schwermuth, so in den leichtesten Graden der Tobsucht, so sehr häufig im ersten Beginn des paralytischen Blödsinns.

In Criminalfällen kann die begangene That selbst zwar oft einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung der Frage geben, ob ein Individuum geisteskrank sei, indem gerade in ihr oft eine Hauptäusserung des Irreseins liegt; es lassen sich auch Fälle denken, wo aus der Beschaffenheit der That allein der Hauptgrund, ja der einzige Grund für die Erklärung, dass Irresein bestehe, hervorgehen kann (einzelne Fälle von Ermordung der eigenen Kinder). In der grösseren Mehrzahl der Fälle aber ist dies ganz unzulässig und unmöglich; es muss viel-

mehr, um irgendwie die Ueberzeugung des Irreseins und der Entstehung der That aus psychisch kranken Motiven zu begründen, gerade das Bestreben dahin gehen, schon vor und ausserhalb der That und ganz abgesehen von derselben die Merkmale des Irreseins nach Entstehung, Symptomen und Verlauf festzustellen. Das entgegengesetzte Verfahren, die That selbst zum wesentlichen Kriterium eines anomalen Zustandes zu machen, hat zu der Lehre von den Monomanieen (Mordmonomanie, Stehlmonomanie etc.) geführt, die für die Wissenschaft, wie für deren praktische Anwendung gleich gefährlich war und nur dazu diente, das ärztliche Urtheil — mit Recht — bei den Richtern in Verruf zu bringen.

Sollte es aber endlich nicht auch Fälle geben, wo auf eine verbrecherische That ein psychisch krankhafter Zustand Einfluss hat, der sich durch gar keine Merkmale äusserlich kund thut und doch besteht? — Verf. hielt dies für möglich. Sicherlich können organische Einflüsse krankhafter Art, die äusserlich nicht bemerkbar werden, im Moment eines Entschlusses störend, verwirrend, nach der schlimmen Seite Ausschlag gebend einwirken.

§. 188.

Nicht in die Augen fallende quantitative Anomalieen erhalten erst durch gleichzeitig vorhandene somatische Abnormitäten und durch anamnestische Momente diagnostische Bedeutung. Sie können genauen Aufschluss geben über die Frage, ob das Individuum überhaupt krank sei. — Kann dies aus jenen Phänomenen mit Sicherheit behauptet werden, so hat es immerhin, wenn einestheils eine psychische Veränderung oder ein verdächtiges psychisches Verhalten und andererseits überhaupt ein Kranksein des Organismus vorliegt, die höchste Wahrscheinlichkeit für sich, dass beide Reihen von Erscheinungen im Zusammenhang stehen, d. h., dass die psychische Veränderung selbst eine krankhafte sei.

Als psychische Symptome, für welche sich entweder keine oder nur entfernte Analogieen im geistigen Verhalten des normalen erwachsenen und civilisirten Menschen finden, sind zu betrachten: 1. Völlig unmotivirte, sogar widersinnige und dabei energisch hervortretende Stimmungen, welche zwangsmässig sind (Zwangsempfindungen — Samt cit.) und Stimmungsmangel. 2. Phantasmen, nämlich Hallucinationen und phantastische (nicht physiologische) Illusionen, zumal wenn sie mit anderweitigen Elementarstörungen in Verbindung stehen, vom getrübten Bewusstsein nicht corrigirt werden und Einfluss auf das Handeln gewinnen. 3. Manche Zwangsvorstellungen sind wegen ihres ganz perversen Inhaltes, ihrer ungemein häufigen Wiederkehr, ihres zähen Haftens qualitativ verschieden von den gleichnamigen Phänomenen bei

Gesunden. 4. Wahnvorstellungen sind für gewisse Psychosen die zu den Paranoësien gerechnet werden, charakteristisch. 5. Diagnostisch wichtig sind auch die impulsiven Handlungen. (Cf. diese §§. 112 u. 121.)

Da aber das Irresein wesentlich auf einer Gehirnaffection beruht, so sind keine Symptome von höherer Bedeutung als etwaige Phänomene gestörter (gereizter, deprimirter etc.) Gehirnthätigkeit. Deshalb sind heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindel, Anästhesieen, Pupillenveränderungen, alle concomitirenden Krämpfe und Lähmungen so ausserordentlich wichtig. Lassen sich solche auf ein Leiden des Gehirns zurückführen, und ist damit der Beweis gegeben, dass überhaupt eine Gehirnaffection vorliegt, so ist natürlich wohl selten mehr daran zu zweifeln, dass auch die verdächtigen psychischen Symptome von dieser Gehirnaffection herrühren, wenigstens wird sich das Gegentheil wohl fast nie beweisen lassen. —

4. Simulation. Dissimulation.

§. 189.

Aus Mienen, Geberden, Reden und Handlungen eines Individuums entnehmen wir die wesentlichen Symptome für das psychische Verhalten. Aber es giebt Fälle, wo diese äusseren Zeichen irre leiten, indem das Irresein simulirt oder — weniger häufig — dissimulirt wird. Beim Verdacht der Simulation hat man besonders auf folgende Umstände zu achten: Dem Simulanten, falls er nicht gerade psychiatrische Kenntnisse haben sollte, gelingt es sehr selten, die Symptome irgend einer Form von Geisteskrankheit treu und consequent nachzuahmen, meist mischt er die Erscheinungen mehrerer Formen unter einander, so dass ein wenig naturwahres Krankheitsbild geliefert wird. Der Simulant übertreibt ferner gewöhnlich die Phänomene der gestörten Intelligenz, er glaubt, dass in Allem das Unterste zu oberst gekehrt werden müsse, giebt statt Wahnvorstellungen Absurditäten und benimmt sich, als ob im Irresein der grösste Theil der Urtheilskraft und des Gedächtnisses gestört sein müsste, oft als ob er nicht mehr zählen, nicht mehr lesen und schreiben könnte, seinen Namen nicht mehr wüsste etc.[1])

Der Simulant ist vorsichtig und zeigt sehr häufig grosse Unsicherheit in der Art, wie er am besten den Irren zu spielen habe; er spricht und verschweigt, was ihm nützen oder schaden könnte. Der Simulant zeigt keine oder wenig allgemeine (körperliche) Krankheitssymptome, er hat weit mehr das Bedürfniss der Ruhe und des Schlafes als viele Kranke und ist keines anhaltenden Muskelaufwandes

[1]) Vgl. Snell, Zeitschr. für Psychiatrie. XIII. 1856.

(z. B. Wochen langen Forttobens ohne Unterbrechung) fähig. Deshalb sind die ruhigen Formen des Irreseins viel leichter zu simuliren als die sehr agitirten; am leichtesten ist die Täuschung bei Nachahmung des Blödsinns; schwierig für das Urtheil können auch die Fälle werden, wo eine Art vages Delirium mit Schwächecharakter simulirt wird.

Dass vielfache, unbemerkte Beobachtungen, wohl auch Ueberraschungen des Kranken zuweilen zum Ziele führen, braucht hier nicht weiter erörtert zu werden. Sehr wichtig aber ist es, dass selbst der Nachweis vorhandener Simulation keineswegs ein sicherer Beweis psychischer Gesundheit ist, dass auch Geisteskranke zuweilen noch simuliren, ja dass es eine Art entschieden krankhafter Lust am Simuliren giebt, welche den analogen hysterischen Stimmungen verglichen werden kann, aber im geringsten nicht identisch mit denselben ist. Man kann also in die Lage kommen, den Beweis zu führen, dass das Individuum psychisch-krankhafte Symptome simulire und dass es doch — nur in anderer Weise, wie es simulirt — psychisch krank sei, wofür natürlich sonstige Merkmale vorliegen müssen.

Besteht Verdacht, dass vorhandenes Irresein dissimulirt, von dem Kranken, der sich der Störung bewusst ist, verborgen gehalten werde — so ist eine fortgesetzte und sorgfältige Beobachtung des Kranken, wenn er sich ganz unbemerkt glaubt, das wichtigste Mittel für Erforschung der Wahrheit; es ist besonders zu beobachten, wie er die Nächte zubringt, es ist ihm Veranlassung zu geben, sich über die verschiedensten Themata zu äussern, wo er sich zuweilen doch unversehens verräth; es sind seine Scripturen, in denen so oft das Irresein viel auffallender als im Gesprochenen hervortritt, besonders zu beachten. (Cf. §. 152.)

Das ist keine Dissimulation, dass die meisten Geisteskranken in Abrede stellen, krank zu sein, namentlich gegen den Verdacht, geisteskrank zu sein, energisch protestiren. Ein sehr gewandter Simulant könnte auch diesen Zug nachahmen; gewöhnlich wird ihm dies zu riskirt erscheinen und er wird das entgegengesetzte Verhalten zeigen, er wird sich gerne für krank, besonders aber für geisteskrank erklären lassen.

§. 190.

Wenn indessen auch Simulation ausgeschlossen und alles bisherige wohl beachtet ist, so kann in manchen Fällen die Frage, ob ein Individuum psychisch krank sei, doch nicht mit objectiver Bestimmtheit gelöst werden. Das Dilemma: Entweder geisteskrank oder nicht! ist keineswegs richtig. Es giebt keine feste Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit überhaupt, es giebt, wie in der übrigen Pathologie, so auch in der psychischen, ein Mittelgebiet von Störungen, welche noch nicht zu ausgebildeter Krankheit gediehen sind, und wo

das Individuum noch sehr viele Attribute der Gesundheit zeigt. Geht es doch bei den einfachsten körperlichen Leiden nicht anders. Ueber die Extreme ist jedermann einig, bei den leichten Graden kann man streiten, ob diese Bezeichnungen schon auf den Fall anzuwenden seien. Auf dieses Gebiet fallen aber in der psychischen Medicin gerade viele forensichen Fälle, z. B. von Handlungen im Affect bei haltlosen Gemüthern und schwachen Köpfen, von habitueller mässiger Exaltation oder Verkehrtheit mit temporärem Aussersichsein, von Trinkern, von Hysterischen etc., Fälle, von denen man gewöhnlich sagen muss, die Individuen sind psychisch keineswegs ganz normal, aber es lassen sich die Merkmale einer bestimmten psychischen Erkrankung doch nicht nachweisen, und es ist mehr wahrscheinlich als gewiss, dass ihre Handlungen durch krankhafte Einflüsse aus dem Organismus bestimmt wurden. In der Aeusserungsweise giebt es keine scharfe Grenzlinie zwischen Leidenschaftlichkeit, Verkehrtheit der Neigungen, Gemüthsstumpfheit und zwischen psychischer Erkrankung, keine in allen Fällen zutreffenden Merkmale dafür, ob jene Zustände bloss organisch (krankhaft) begründet oder theilweise organisch mitveranlasst oder ohne alle Einflüsse des Organismus als primitive Charakterqualitäten bestehen. (Vgl. §. 162.)

5. Exploration.

§. 191.

Dass die Entscheidung über die Frage, ob ein Individuum geisteskrank sei, nur durch die sorgfältigste persönliche Exploration entschieden werden kann, versteht sich von selbst; doch ist es noch gar nicht lange her, kommt wohl vielleicht noch vor, dass man den Aerzten zumuthet, ihr Gutachten nach den Acten zu geben. — Hat man sich mit den Hauptdaten des Falles bekannt gemacht, so schreite man alsbald zur persönlichen Untersuchung.

Nicht selten zeigt schon das, was den Kranken zunächst umgiebt dem Kundigen aufs unzweideutigste, wie es steht; das Zimmer ist in der wohlbekannten Weise phantastisch aufgeputzt, die Kleidung bizarr, unordentlich, zerrissen, es finden sich Spuren von Vernachlässigung, von schmutzigen Gewohnheiten, von Grillen, die dem Individuum früher fremd waren. Zunächst ist, ohne dem Kranken auffallende Aufmerksamkeit zu zeigen, seine Physiognomie, seine Haltung, sein Benehmen, besonders insofern sie Ausdruck gewisser Stimmungen sind, zu beachten; das Gesicht zeigt sich beim wirklich Irren sehr häufig auffallend gealtert, mehr unregelmässig verzerrt, als gewisse Leidenschaften und Gefühle rein ausdrückend; die Stimme kann, besonders bei Melancholischen, oft als ein treuer Ausdruck der herrschenden Gemüthslage benutzt werden.

(Vgl. §§. 156—160.) — Das Gespräch mit dem Kranken muss möglichst natürlich und unbefangen geführt werden, man zeigt ihm Theilnahme, sucht seine Aufmerksamkeit zu erregen und sein Vertrauen zu gewinnen; man fängt meistens am besten mit Fragen über das körperliche Befinden, über etwaige Bedürfnisse oder Wünsche etc. an; kommt sodann auf das frühere Leben des Individuums, dessen Geschichte man sich in ungezwungener Weise von ihm mittheilen lässt; man sucht hierbei seine Schicksale, seine Lebensansichten, Interessen, Hoffnungen und Pläne zu durchschauen, um hieraus, combinirt mit dem von Anderen Mitgetheilten, ein Gesammtbild seiner früheren Individualität zu bekommen. Man untersucht seine jetzige Gemüthsstimmung, seine Intelligenz, seine Willensseite. In wie weit diese im gegenwärtigen Zustande des Individuums sich geändert haben, wie diese Aenderung gekommen, ob sie als eine wirklich krankhafte zu betrachten, ob eine etwaige verbrecherische That aus dieser krankhaften Stimmung oder Geistesbeschaffenheit sich herleiten lasse, werde nun Gegenstand der Beurtheilung. Eine genaue Untersuchung des gesammten körperlichen Befindens und eine Exploration der einzelnen Organe, der Lunge, des Herzens, der so sehr wichtigen Arterien, der Verdauungsorgane, der Secrete kann den Schluss der Untersuchung machen. Besonders achte man auf etwaige Zeichen der Paralyse, stockende Sprache, Ungleichheit der Pupillen etc.; gerade das Anfangsstadium des paralytischen Blödsinns erscheint nicht selten unter dem Bilde der Folie raisonnante, eines verkehrten Treibens mit relativ wenig beeinträchtigter Verstandesthätigkeit, das zu gesetzwidrigen Handlungen, namentlich Entwendungen, führt. — Die Beobachtungen werden so oft wiederholt, bis die Frage entschieden werden kann, oder es dem Untersuchenden klar geworden ist, dass dies für jetzt nicht möglich ist, und dass eine weitere Exploration nichts wesentlich Neues mehr ergeben werde. —

6. Geistes- oder Gehirn-Krankheit.

§. 192.

Die andere Frage, ob ein psychisch gestörtes Individuum an einer im engeren Sinne sogenannten Geisteskrankheit oder an einer anderweitigen Gehirnstörung oder Gehirnkrankheit leide, lässt sich allerdings in ihren feineren Beziehungen zuweilen nicht lösen, weil eben verschiedene Arten von Gehirnleiden als „Geisteskrankheiten" erscheinen können. Aber gröbere Missgriffe können und müssen vermieden, und es muss überhaupt versucht werden, eine einigermaassen specialisirte Diagnose des Gehirnleidens aufzustellen. — Die häufigsten Verwechselungen kommen vor mit Berauschung, mit Typhus und mit acuter Meningitis.

Die Berauschung wird in der Regel sehr leicht erkannt aus dem

Geruche des Athems nach Spirituosen, aus der lallenden Sprache, die bei Geisteskranken nie schon am ersten Tage kommt, und aus der baldigen Neigung zum Schlaf und Sopor. Doch bemerke man, dass zuweilen eine Berauschung den acuten Anfang des (wohl immer schon längst anderweitig vorbereiteten) Irreseins bildet und ferner, dass es einzelne, besonders disponirte Individuen giebt, die schon nach sehr sparsamem Genusse von Spirituosen in eine Aufregung gerathen, die mehr den Charakter der Manie als der Trunkenheit hat. —

Der Typhus in seiner ersten Periode erscheint zuweilen unter dem Bilde eines maniakalischen Anfalles mit grosser Aufregung, Fortwollen durch das Fenster etc., mit mehr oder weniger Zeichen von Kopfcongestion, oder selbst unter den Erscheinungen der katatonischen Melancholie, oder als ein mehr vages Delirium, bei dem der Kranke noch eine Zeit lang herumgehen kann. Bei allen ganz unvorbereitet eintretenden psychischen Erkrankungen jüngerer Individuen behalte man den Verdacht auf Typhus im Auge, besonders vollends zu Zeiten einer Epidemie. Man beachte vor allem das Fieber, die hohe Körperwärme mit der abendlichen Exacerbation und dem vollen, weichen, oft dikroten Pulse, die Milzschwellung, die Roseola, den Meteorismus, die hellgefärbten, flockigen Stühle. —

Die acute Meningitis mit überwiegender Entzündung an der Convexität äussert sich mit heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, einem gewöhnlich aufgeregten Delirium, convulsivischen Erscheinungen, Veränderung in den Pupillen; sie ist immer mit lebhaftem Fieber verbunden, der Kranke ganz bettlägerig. Diese Krankheit ist im Ganzen selten, ihr Verlauf stürmisch, in der Mehrzahl der Fälle sinken die Kräfte rasch bei retardirtem Puls, bestehendem Sopor und Zerfall aller Gehirnthätigkeiten. — Die basilare Meningitis und die tuberculösen Processe an den Meningen zeigen im Wesentlichen dieselben Symptome, aber einen etwas langsameren, schwankenderen Verlauf; in der Regel kann Tuberculose der Lunge nachgewiesen werden, wo dies nicht der Fall ist, ist bei Erwachsenen die Diagnose von der vorigen Form nicht sicher. — Beide Formen können dem Gesagten nach gewiss nur selten mit Geisteskrankheiten verwechselt werden; doch giebt es Fälle von etwas protrahirter, mässiger tuberculöser Basilar-Meningitis, welche sich sehr bessern können und welche die Erscheinungen der Tobsucht (aber mit Convulsionen, Contractur der Nackenmuskeln etc.) setzen, und es kommen wirklich hier und da derartige frische, rasch tödtliche Fälle noch als Tobsüchtige in eine Anstalt. —

Hat die Untersuchung festgestellt, dass der Kranke „geisteskrank“ ist, dann handelt es sich um die Frage, welche Gehirnzustände gerade in diesem concreten Falle der Geistesstörung zu Grunde liegen mögen.

Hierüber gelten dieselben diagnostischen Grundsätze wie bei allen Gehirnaffectionen. Eine palpable Erkrankung innerhalb der Schädelhöhle wird wahrscheinlich, wenn sich irgend eine paralytische Erscheinung, besonders eine halbseitige zeigt; Congestivzustände werden aus den bekannten Erscheinungen (Röthe, Hitze etc.) erschlossen; für die ungeheure Mehrzahl der Fälle kann keine bestimmte anatomische, wohl aber die zwar allgemeine, aber sehr wichtige symptomatisch-physiologische Diagnose gemacht werden, ob die Erscheinungen mehr einen Zustand lebhafter Reizung, oder einen Zustand von Torpor oder von Erschöpfung der Gehirnthätigkeiten anzeigen, was nicht nur nach den psychischen, sondern nach der Gesammtheit sämmtlicher Erscheinungen zu beurtheilen ist. — Endlich kommt die letzte Reihe von Fragen, nämlich ob die vorhandene Gehirnstörung eine primäre und idiopathische oder eine secundäre und sympathische, von Erkrankung eines andern Organs, von Blutänderung und dergl. ausgehende ist, mit einem Wort: die pathogenetische Frage, deren Lösung aus den gegenwärtigen Symptomen in Verbindung mit der Aetiologie und Entstehungsgeschichte der Krankheit zu versuchen ist.

II. Diagnose der Erkrankung.

A. Diagnose nach objectiv beobachteten Krankheitszeichen.

§. 193.

1. Die krankhafte Stimmung. Die krankhafte Stimmung, als Aeusserung krankhaften Empfindens, hängt von der Eigenthümlichkeit der Erregbarkeit der Nervenelemente ab und steht im Zusammenhange mit der Leichtigkeit des Ablaufs der psychischen Processe. Ihre Bedeutung stellt sich um so höher, als sie sich — der objectiven Wahrnehmung zugänglich — in Miene, Haltung, Wesen des Kranken kund giebt. Wir sprechen dann von einer heiteren (maniakalischen, amönomanischen), von einer düsteren, traurigen (melancholischen), von einer reizbaren, tobsüchtigen Verstimmung, von einem krankhaften Stimmungsmangel, von Stimmungslosigkeit. Eine derartige Verstimmung unterscheidet sich von der ähnlichen physiologischen immer nur durch die Entstehungsursache resp. die Möglichkeit, eine solche nachzuweisen. Die Stimmungen der Irren lassen sich aus krankhaft beeinflussten Vorstellungen ableiten. Aus einer veränderten Stimmung können wir indirect auf andere, sehr wichtige Krankheitselemente (Hallucinationen, Wahnideen) geleitet werden, in deren Gefolge die adäquate Stimmung als secundäre Erscheinung gegenüber den primären Verstimmungen auftritt. In vielen Fällen sehen wir die Verstimmung sich an thatsächliche Vorkommnisse anlehnen, jedoch mit einer die Norm überschreitenden

Intensität oder Dauer, so dass durch diese Momente ein pathologischer Charakter der Verstimmung gegeben ist. Als primäre krankhafte Stimmung macht sie mitunter die einzige Erscheinung eines Krankheitsbildes (der Dysthymie) aus.

§. 194.

2. Anomalieen der Vorstellung. Da an bestimmte Empfindungen entsprechende Vorstellungen sich knüpfen, ergiebt sich von vornherein ein Abhängigkeitsverhältniss beider. Der Vorstellungsinhalt erfährt durch Umdeutung der mannigfachsten abnormen Empfindungen oft sehr wesentliche Umgestaltung und erleidet auch seinem Umfange nach bemerkenswerthe Abweichungen von der Norm, sei es, dass durch hemmende, deletäre Einflüsse der Vorstellungsreichthum nicht erlangt wird, sei es, dass derartige Momente in ihrer Einwirkung auf bereits entwickelte Gehirne Ideenverarmung durch Ausfall von Erinnerungsbildern herbeiführen. Auch die Form, in welcher der Vorrath an Vorstellungen angeordnet ist, kommt weiterhin in Betracht.

Der Einfluss physiologischer Schwankungen der Stimmung auf den Vorstellungsablauf findet eine vollständige Analogie in den charakteristischen Begleiterscheinungen der pathologischen Stimmungen (Gedankenflucht bei maniakalischer, Gedankenhemmung bei melancholischer Stimmung). Zwangsvorstellungen, die sich in den Bewusstseinsinhalt eindrängen, sind durch ihre häufige Wiederkehr begreiflicher Weise im Stande, die Stimmung krankhaft zu beeinflussen. Die Erkenntniss des krankhaft veränderten Vorstellungsinhaltes hängt ganz wesentlich von der Bereitwilligkeit ab, mit der die Kranken ihre Ideen durch Wort und Schrift preisgeben oder durch Handlungen verrathen.

§. 195.

3. Anomalieen der psychomotorischen Sphäre. Das Wollen des Einzelnen stellt sich nicht als etwas Unabhängiges, Absolutes dar, sondern ist wesentlich an die Gestaltung des Charakters, an die Summe der Kenntnisse und Erfahrungen, an den Einfluss äusserer Verhältnisse etc. gebunden. Meist giebt erst eine auffallende Handlung Anlass zu einer ärztlichen Untersuchung. Bei Beurtheilung solcher Handlungen ist es wichtig, einen etwaigen Einfluss vorhandener elementarer Störungen (Hallucinationen, Wahnideen, Zwangsvorstellungen) auf die betreffenden Handlungen nachzuweisen. Der krankhafte Charakter einer That liegt zum wesentlichen in den sie veranlassenden Motiven; der Selbstmord des Melancholikers geschieht zufolge der krankhaften Stimmung und der damit einhergehenden Selbstunterschätzung, die Ver-

schwendungssucht des Maniakalischen infolge der seiner heiteren Verstimmung sich anschliessenden Ueberschätzung seiner Persönlichkeit.

Plan und Zweckmässigkeit einer Handlung schliesst keineswegs das Vorhandensein einer geistigen Störung seitens des Thäters aus, wie gegentheilig Planlosigkeit einer Handlung an sich nicht für die Annahme einer solchen spricht. Es kommt darauf an, ob die zu beurtheilende That als eine in krankem Boden wurzelnde Erscheinung aufgefasst werden muss oder nicht.

An den psychomotorischen Acten kann man Besonderheiten nach zwei entgegengesetzten Richtungen hin unterscheiden, je nachdem sich eine, die Norm überschreitende Steigerung oder eine krankhafte Minderung annehmen lässt. Jene Erscheinung des krankhaften Bewegungsdranges lehnt sich nicht allein an eine jeweils üppigere Entfaltung von bewegenden Vorstellungen an, sondern kann auch unmittelbar aus einer die motorischen Rindengebiete treffenden Reizung hervorgehen. Dies zeigt z. B. das psychomotorische Verhalten eines mit classischer Paralyse behafteten Kranken.

§. 196.

4. Hemmung. Auch hier können zunächst Vorstellungen im Spiele sein, und Wahnideen, Hallucinationen etc. die Bewegungen beeinflussen (cf. §. 114). Von dieser „gewollten“ Hemmung ist zu sondern die eigentlich psychomotorische Hemmung, wie sie beispielsweise in besonders charakteristischer Vereinigung mit der traurigen Verstimmung den Grundzug melancholischer Erkrankung abgiebt.

In manchen Krankheitsformen (z. B. Katatonie) ist jede Bewegungsäusserung fast vollständig aufgehoben, so dass die Kranken sich nicht nur ganz regungslos verhalten, sondern auch ihnen passiv beigebrachte, selbst schwierige Stellungen ihres Körpers beibehalten (Flexibilitas cerea cf. §. 71). Dieselben Symptomencomplexe können in Krankheitsbildern von grundverschiedener innerer Bedeutung vorkommen, abgesehen davon, dass einzelne psychische, elementare Störungen in dem Symptomencomplex von somatischen Erkrankungen keineswegs selten auftreten z. B. Hallucinationen, Ideenverwirrung, Bewusstseinsstörung bei deliriösen Zuständen infolge acuter fieberhafter Krankheiten. Nichts desto weniger trennen wir solche abnormen Zustände von dem eigentlichen Irresein als dem Ausdrucke ganz eigenartiger krankhafter Vorgänge im Gehirn selbst. Hier und da haben solche directen, mit fieberhaften Körperleiden zusammenhängenden Delirien bleibende Geistesstörung zur Folge, so dass eine scharfe Grenze im einzelnen Falle zu ziehen, nicht immer möglich ist. Es ist demnach eine Geistesstörung aus dem alleinigen Zusammentreffen von Störungen der psychischen Functionen keineswegs mit Sicherheit anzunehmen.

§. 197.

5. Bewusstseinsstörung, Amnesie. Ein ungleich wichtigeres Kriterium für den pathologischen Charakter einer Handlung ist gegeben, wenn dieselbe im Zustande einer Bewusstseinsstörung verübt wird. Der Schwerpunkt für die richtige Erkenntniss derartiger Handlungen beruht in der Feststellung von Amnesie. Der diagnostische Werth dieses einen Moments allein darf jedoch nicht zu hoch angeschlagen werden. Die Fälle, in denen auf ganz sinnlose Weise, meist mit heftigem Ungestüm unter dem Einfluss von Hallucinationen, Handlungen verübt werden, welche an sich schon das Gepräge der Verwirrtheit tragen, lassen sofort erkennen, dass der Thäter in einem psychisch abnormen Zustande die That begangen hat. Aber auch bei totaler Aufhebung des Bewusstseins ist ein Ablauf psychischer Prozesse möglich, der von der Norm gar nicht wesentlich abweicht. (Epileptisches Aequivalent — Samt.)

§. 198.

6. Lähmungen, sensible und motorische Störungen.[1]) Die Geisteskrankheiten, welche mit gewissen, durch die Gehirnstörung gesetzten körperlichen Symptomen einhergehen, kann man von denen absondern, in deren Verlauf keinerlei derartige charakteristischen Aenderungen sich finden. Die Geistesstörungen mit Lähmungen setzen im Allgemeinen als gemeinsame Grundlage anatomische, palpable Veränderungen des Gehirns voraus. Anomalieen der Sensibilität und Motilität sowie trophische Störungen müssen gleichfalls in Betracht gezogen werden.

Wie gewisse motorische Störungen im Gebiete der Gesichtsnerven mit dem Charakter leichter Lähmungen, leichte Coordinationsstörungen beim Sprechen mit gleichzeitiger intellectueller Schwäche die Annahme eines diffusen Entzündungsprozesses an der Hirnoberfläche nahe legen, so weisen gewisse trophische Störungen, Missbildungen aller Art (Degenerationszeichen) auf eine abnorme Gesammtentwicklung, auf eine organische Veranlagung eines Individuums zu Neuro- und Psychopathieen hin. (Cf. §§. 131—134.)

§. 199.

7. Morphologische, functionelle Anomalieen liefern ebenfalls wichtige diagnostische Anhaltspunkte; dazu gehören Anomalieen des Schädels, gewisse Missverhältnisse zwischen Hirn- und Gesichtsschädel, desgleichen Verbildungen eines oder beider Ohren, der Nasenknorpel, der Oberlippe, des Gaumens, der Zunge, Unregelmässigkeiten der Zahnbildung

[1]) Cf. Fritsch l. c.

und -Stellung, weiterhin Missbildungen der Genitalien, halbseitige Entwicklungshemmungen, endlich allgemeine Hemmungen des Wachsthums. Von functionellen Störungen der Sinne verdienen Beachtung: Auffällige Toleranz gegen grelles Licht und Lichtscheu, Flimmern vor den Augen, Gesichtsschwindel, das so wichtige Verhalten der Pupillen, Feinhörigkeit, Empfindlichkeit gegen bestimmte Geräusche, Ohrensausen, ungewöhnliche galvanische Reaction des Akusticus; fernerhin sind Anomalieen des Olfactorius und der Geschmacksnerven gleich cutanen Hyperästhesieen und Anästhesieen, Hyperalgieen und Analgieen, Neuralgieen und Paralgieen wichtige accidentelle Erscheinungen. Bedeutungsvoll für die Diagnostik sind weiterhin vasomotorische und trophische Störungen, gewisse Innervationsanomalieen, unregelmässige seufzende Respiration, Irregularität und Inäqualität des Pulses (Wolff). Stuhlverstopfung begleitet sehr häufig die psychischen Störungen. Incontinenz von Darm und Blase sind mehr von speciell diagnostischer Wichtigkeit. (Cf. §§. 140—143.)

§. 200.

8. Vegetative Anomalieen. Abnorme Hautfärbungen, allgemeine Blässe, Cyanose zumal der Füsse und der Nase, oder allgemein bläuliche Färbung, seltener Broncefärbung sind bei chronischen Fällen, Röthe des Gesichts, Ikterus bei acuten Psychosen diagnostisch nicht ohne Bedeutung. Körperwägung, Temperaturmessung und die pathologische Chemie liefern bisweilen brauchbare Anhaltspunkte.

Intercurrente fieberhafte Affectionen wirken auf psychisch Kranke anders als auf bis dahin gesunde ein, auch wird bei denselben bisweilen grosse Toleranz gegen Arzneimittel, zumal narkotische, sowie gegen galvanische Ströme, die durch den Kopf gehen, beobachtet.

B. Diagnose nach subjectiven Beschwerden.

§. 201.

Die subjectiven Erscheinungen, die Beschwerden, über welche geklagt wird, haben immer nur die Bedeutung von individuellen Urtheilen über innere Erfahrungen von Personen, die über das, was in ihnen vorgeht, nicht richtig zu urtheilen im Stande sind. Erst durch die ärztliche Beurtheilung erhalten sie Werth und mehr den Charakter von objectiven Symptomen.

1. Der Kopfschmerz ist eines der häufigsten Gehirnsymptome und fast stets auf Empfindlichkeit der Dura mater zurückzuführen. Man beobachtet ihn; a) functionell als Neuralgie der Dura mater, Hemikranie oder Migräne; b) der Kopfschmerz als Prodromal-Erscheinung des apoplektischen Anfalls, meist begleitet von Schwindel und Benommenheit,

ist nicht so intensiv und mehr diffus; c) bei Oberflächenaffectionen der Dura mater ist wohl der Grund des Kopfschmerzes die mechanische Reizung; bei Tumoren und Meningitis, sowie bei idiopathischem Hydrocephalus ist es die Drucksteigerung (Ansammlung reichlichen eitrigen oder serösen Exsudats in den Ventrikeln), welche sich durch Pulsverlangsamung, Benommenheit, Stupor und Somnolenz, Stuhlverstopfung u. s. w. zu erkennen giebt.

2. Uebelkeit und Erbrechen werden nicht allein reflectorisch von der Dura her ausgelöst, sondern beruhen wahrscheinlich ebenso häufig auf einer localen Einwirkung auf die Oblongata (Blutungen, acute Heerd-Erkrankungen). Das charakteristische Zeichen des cerebralen Erbrechens ist das Fehlen anderer gastrischer Erscheinungen, der belegten Zunge, des Appetitmangels, des Vomitus matutinus etc.

§. 202.

3. Schwindel ist ein häufiges Gehirnsymptom. Man bezeichnet damit zwei verschiedene Zustände (Wernicke l. c. B. I. p. 299): a) Ein anfallsweise auftretendes, nicht vollständiges Schwinden des Bewusstseins, eine kurze Betäubung (Etourdissement, Eblouissement) als Prodromal-Erscheinung oder auch nach voraufgegangenem apoplektischen Insult auf Grund verbreiteter atheromatöser, seniler Processe. Der Schwindelanfall ist also die leichteste Form des apoplektischen Insults, er kann auch in Fällen beobachtet werden, in welchen bei der Section keine Erweichung vorliegt; seine Dauer schwankt zwischen wenigen Minuten und einigen Stunden. Intercurrent treten Schwindelanfälle bei schwer Kranken oder Reconvalescenten nach erschöpfender Krankheit auf, sobald das Bett verlassen wird; ferner können sie bei den meisten Gehirnkrankheiten vorkommen, besonders in ihren starken Graden, die auch als Ohnmachts- oder Synkopeanfälle bezeichnet werden, bei Tumoren, bei Hydrocephalus, bei der multiplen Sklerose, der classischen Paralyse und besonders häufig bei Affectionen der Oblongata, für welche der plötzlich eintretende Tod charakteristisch ist.

b) Man versteht ausserdem unter Schwindel gewisse Täuschungen über die eigene Lage im Raume, welche event. dazu führen, dass der Kranke taumelt oder selbst zu Boden stürzt. Das Bewusstsein geht dabei nicht verloren. Dieser Schwindel kommt als mehr dauernder Zustand, infolge von Augenmuskellähmungen vor, namentlich wenn der Kranke genöthigt ist, sich zum Zwecke von Bewegungen vermittelst des Gesichts zu orientiren. Anfälle von Drehschwindel sehr hohen Grades sind ein Symptom von Erkrankung des mittleren oder inneren Ohres bei der Menière'schen Krankheit, die mit Schwerhörigkeit oder totaler Taubheit verbunden ist. Nicht in solchen Anfällen auftretend, höchstens in

Anfällen sich steigernd, kommt derartiger Schwindel bei Heerd-Erkrankungen des kleinen Gehirns, des Pons und der Oblongata vor; in Ruhelage hört dieser Schwindel gewöhnlich auf.

III. Diagnose der Genesung.

§. 203.

Als Kriterium einer wirklichen Rückkehr der geistigen Gesundheit kann nicht ein blosses Zurücktreten der auffallenden Symptome, das Verschwinden der Aufregung und der Wahnäusserungen gelten; der Kranke kann sich äusserlich beruhigen, auch manche falschen Urtheile wohl verbergen lernen, welche er dennoch innerlich festhält; ja es kann sich dies sogar mit einer auffallenden Besserung des Allgemeinbefindens auf eine täuschende Weise verbinden. Noch schwieriger kann die Beurtheilung dadurch werden, dass manche Kranke es vortrefflich verstehen, gewisse Symptome (Hallucinationen, Wahnideen) zu verheimlichen, um für gesund erklärt, in Freiheit gesetzt zu werden oder einer Curatel zu entgehen (Paranoia).

Das wichtigste Merkmal wahrer Genesung ist vielmehr erst die entschiedene Anerkennung der Krankheit als solcher von Seiten des Genesenden, der völlige Bruch mit allen Wahnideen und die immer unbefangenere Würdigung der eigenen Lage nach allen Seiten hin, verbunden mit der Erkenntniss, dass ihm nicht Unrecht geschehen sei, und er sich für die geübte Vorsorge und genossene Pflege dankbar erzeigen müsse. Doch braucht das Fehlen dieser Zeichen andererseits noch keine Fortdauer der Krankheit zu bedeuten. Hiermit muss sich noch die Rückkehr der früheren Neigungen und der Gewohnheiten des gesunden Lebens, eines Bedürfnisses zu gesunder Thätigkeit, des Interesses für die früheren Lebenskreise, der während der Krankheit so oft in Hass verwandelten Zuneigung zu Familie und Freunden verbinden. Wo längst die Intelligenz als unversehrt erscheint, wo aber noch krankhafte Abneigung gegen einzelne Personen, oder ein unbestimmter, verbissener Grimm und Zorn, oder nur eine hohe gemüthliche Reizbarkeit übrig bleibt, welche noch schnell in leicht entstandenen Affecten explodirt, wo der Kranke eine Berührung der früher erkrankten Seiten nicht ertragen kann, also jede Erinnerung an die Krankheit sorgfältig meidet, wo überhaupt noch etwas Fremdartiges in der Gefühlsweise, dem Benehmen, der Sprache, der Physiognomie, dem Blick des Kranken zurückbleibt, da ist von völliger Herstellung noch keine Rede.

Diejenigen Genesungen sind im Durchschnitt sicherer, welche allmählich, mit stetig fortschreitendem Bewusstwerden der inneren Störung zu Stande kommen, als die sehr schnellen, plötzlichen Besserungen,

wenn sie auch noch so vollständig erscheinen. Andererseits können von psychischer Seite die günstigen Zeichen vollständiger Genesung vorhanden sein, während dagegen anderweitige Erkrankungen, denen ein wesentlicher Einfluss auf die Ausbildung der Gehirnkrankheit zukam (Tuberculose, Genitalienkrankheiten etc.) ungeheilt fortbestehen. In diesem Falle darf zwar der Ausspruch, dass der Kranke völlig vom Irresein genesen sei, nicht auf die gänzliche Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit warten; aber es muss wenigstens die grosse Gefahr neuer, nochmaliger Gehirnerkrankung fest im Auge behalten werden. Bei all dem braucht es auch noch eine gewisse Dauer des psychischen Wohlbefindens, um Genesung vom blossen lucidum Intervallum zu unterscheiden, ganz wie wir den Epileptischen auch nach Monate langem Aufhören der Anfälle noch nicht für genesen erklären, sondern erst von einer längeren Zeit die völlige Bestätigung des günstigen Urtheils erwarten.

Anhang.

§. 204.

Erklärung der nach den Autoren genannten Krankheiten.[1]

Addison's Krankheit	Bronzekrankheit.
Aran-Duchenne's Krankheit. .	progressive Muskelatrophie.
Argyll-Robertson's Zeichen . .	Fehlen der Pupillenreflexe.
Basedow's Krankheit	Exophthalmus mit Struma und Herzpalpitation.
Bell's Lähmung	Facialislähmung.
Bell's Krampf	Tic convulsif.
Bergeron's Krankheit	localisirte rhythmische Chorea.
Brown-Séquard's Symptomencomplex	Hemiparaplegie mit Hemianästhesie des anderen Beines.
Charcot's Krankheit	tabische Gelenkerkrankung oder amyotrophische Seitenstrang-(Lateral-)sklerose.
Dubini's Krankheit	elektrische Chorea.
Duchenne's Krankheit	Tabes dorsalis.
Duchenne's Lähmung	Pseudomuskelhypertrophie.
Erb's Lähmung	Lähmung der Wurzeln des Brachialplexus.
Erb-Charcot's Krankheit. . .	Tabes spasmodica.
Friedreich's Krankheit	hereditäre Ataxie.

[1]) Vgl. Sommer, Neurol. Centralbl. 1889 No. 15.

Gerlier's Krankheit	paralysirender Schwindel.
Gilles de la Tourette's Krankheit	motorische Incoordination mit Echolalie und Koprolalie.
v. Graefe's Zeichen	Dissociation zwischen den Bewegungen des oberen Augenlides und des Augapfels.
Graves' Krankheit	Exophthalmus mit Struma.
Jackson's Epilepsie	Rindenepilepsie.
Kopp'sches Asthma	Glottiskrampf.
Leber's Krankheit	hereditäre Opticusatrophie.
Menière's Krankheit	Schwindel infolge von Labyrintherkrankung.
Morvan's Krankheit	motorische und sensible Parese der Extremitäten.
Parkinson's Krankheit	Paralysis agitans.
Parrot's Krankheit	luetische Pseudoparalyse.
Parrot's Zeichen	Pupillenerweiterung nach Hautreizung.
Parry's Krankheit	Exophthalmus und Struma.
Raynaud's Krankheit	symmetrische locale Asphyxie der Extremitäten.
Romberg's Zeichen	Schwanken bei geschlossenen Augen oder in der Dunkelheit.
Romberg's Trophoneurose . . .	einseitige Gesichtsatrophie.
Rosenbach's Zeichen	Fehlen der Bauchmuskelreflexe.
Sydenham's Krankheit . . .	Chorea.
Thomsen's Krankheit	Muskelkrämpfe beim Beginn intendirter Bewegungen.
Trousseau's Krankheit	Vertigo ab stomacho laeso.
Westphal's Zeichen	Fehlen der Kniereflexe.

Zweites Buch.

Die Aetiologie und Pathogenie der psychischen Krankheiten.

Litteratur.

Gutachten der Königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in Preussen betreffend die Ueberbürdung der Schüler in den höheren Lehranstalten (Separat-Abdruck aus Eulenburg's Vierteljahrsschrift N. F. XL.). — Mierzejewski: Ueber die Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten in Russland und die Mittel der Abhilfe (Przegland lekarski Bd. 26 No. 15—18). — Sander und Richter Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Dalldorf (Berlin, Fischer's Medic. Buchhdlg., Kornfeld). — v. Hoffmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin 1887. — Kahlbaum: Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. — Derselbe: Die Hebephrenie. — Ders.: Ueber Heboïdophrenie. — Scholz: Handbuch der Irrenheilkunde für Studirende und Aerzte. — Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf wissenschaftlichen Grundlagen. Wien 1889, Braumüller. — Moreau: Autorisirte deutsche Ausgabe von Galatti: Der Irrsinn im Kindesalter. — Salgó (Weiss): Compendium der Psychiatrie für praktische Aerzte und Studirende 1889. — Arndt: Lehrbuch der Psychiatrie für Aerzte und Studirende 1883. — Emminghaus: Die psychischen Störungen im Kindesalter 1887. — Savage: Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und Psychoneurosen; deutsche autor. Ausgabe von Knecht. Leipzig, Arnoldische Buchhandlung 1887. — Kraepelin: Psychiatrie. 2. Auflage. Leipzig, Abel 1887. — v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. Stuttgart, Enke 1888. — Ripping: Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden 1877. — Woods: Notes of case of folie à deux in fife members of one family (The Journal of mental science, Januar 1889). — Pagès: Contribution à l'étude de la folie communiquée (Délire à trois). Ann. méd. psycholog. 1888. Novembre. — Das inducirte Irresein. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1888. Bd. 45. — Mickle: Aortill aneurysma and insanity. Brain 1889. — De Cérenville: Gehirnsymptome bei der eitrigen Pleuritis (Revue méd. de la Suisse rom. 1888. 1. u. 2). — Oppenheim: Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose. — Westphal: Ueber multiple Sklerose bei zwei Knaben. — Oppenheim: Zur Pathologie der Hirngeschwülste. — Leyden: Die Entzündung der peripherischen Nerven (Polyneuritis — Neuritis multiplex), deren Pathologie und Behandlung. — Wollenberg: Ueber psychische Infection. — Joachim: Ueber Psychosen nach Scharlach im Kindesalter

(Jahrb. für Kinderheilk. 1889. Bd. XXIX. H. 3). — Savage: Mental disorders associated with marriage engagements (The journal of mental science 1888 Octob.). — Clark: The sexual and reproductive functions, normal and perverted, in relation to insanity. — Joerger: Das inducirte Irresein (Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 45. H. 4. 1888). — Gottstein: Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectionen (Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten 1888). — Ziehen: Ueber einen Fall alternirender Ophthalmoplegia externa complicirt mit Geisteskrankheit (Correspondenz-Blätter des allgem. ärztlichen Vereins von Thüringen 1889 No. 4). — Mickle: Ueber Irresein im Verhältniss zu Erkrankungen des Herzens und der Aorta, sowie zur Phthisis. Br. med. journ. — Mairet: Ueber Pubertätsirresein. Ann. méd.-psych. Nov. — Legrain: Beitrag zur Lehre von der Folie communiquée. Archiv de Neurol. No. 48. — Roscioli: Ein Fall von „Folie à quatre.“ Il. Manicomio. IV. Heft 1. — Werner: Ueber die sogenannte psychische Contagion. Zeitschr. für Psych. Bd. 44. — Minor: Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes (Arch. de Neurol. 1889. Vol. XVII. No. 50. 51). — Hoffmann: Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis. — Simerling: Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmark-Syphilis. — Rumpff: Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Bonn 1887. — Oppenheim: Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. — Ziehen: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis. Neurol. Centralblatt 1887 No. 9.

ERSTE ABTHEILUNG.

Allgemeines über die Ursachen des Irreseins.

§. 205.

Unter Ursachen versteht man in der Psychiatrie wie in der übrigen Pathologie die mannigfaltigsten Klassen von Momenten, denen man einen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit zuschreibt, die aber zu dieser selbst in höchst verschiedenen Verhältnissen stehen. Einestheils begreift man unter den Ursachen alle jene äusseren Umstände (Nationalität, Klima, Jahreszeiten etc.), unter denen man Irresein überhaupt bald häufiger, bald seltener vorkommen sieht; anderentheils meint man damit gewisse äussere Schädlichkeiten (Sonnenhitze, Kopfverletzungen etc.), nach deren Einwirkung die Krankheit häufiger entsteht; endlich umfasst das Gebiet der Ursachen jene inneren, dem Organismus selbst angehörigen Momente (erbliche Disposition, vorausgegangene Krankheiten oder überhaupt anderweitige Störungen des organischen Mechanismus, z. B. Krankheiten der Lunge, Genitalien etc.), denen erfahrungsmässig ein Einfluss auf das Irrewerden zukommt. Bei sehr vielen dieser Momente ist der nähere Zusammenhang zwischen ihnen und der ihnen zugeschriebenen Wirkung, der Weg, auf dem sich aus ihnen eben Geisteskrankheit entwickelt, kaum oder gar nicht einzusehen — der Schluss post hoc ergo propter hoc beruht dann auf einer blos empirischen (stati-

stischen) Kenntniss davon, dass gerade diese bestimmten Umstände (z. B. die erbliche Disposition ganz ungewöhnlich häufig mit dem Irrewerden zusammentreffen oder ihm vorangehen. Bei anderen dieser sogenannten Ursachen ist ihre Wirkungsweise, die Art, wie in ihrer Folge die Krankheit zu Stande kommt, fasslicher, und es wäre eben gegenüber der Aetiologie im engeren Sinne, welche nur empirisch die bekannten ursächlichen Momente aufzuzählen weiss, das Geschäft der Pathogenie, den physiologischen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung deutlich zu machen, das einzelne mechanische Geschehen darzulegen, mittelst dessen durch ein gegebenes Moment, z. B. ein Uebermaass deprimirender Affecte, eine Herzkrankheit etc., am Ende das Irresein zu Wege kommt — eine Aufgabe, zu der wir freilich bis jetzt kaum mehr als Vorarbeiten haben.

Für die praktisch-ärztliche Aufgabe der Psychiatrie ist die Aetiologie und namentlich die Pathogenie von ungemeiner Wichtigkeit. Denn wenn auch der alte Satz: Sublata causa tollitur effectus, hier wie in der übrigen Medicin, bei vollständig ausgebildeter und eingewurzelter Krankheit keine Bestätigung mehr findet, und wenngleich die Beseitigung mancher entfernteren Ursachen nicht in der Macht des Arztes steht, so sieht man doch oft, wie namentlich das beginnende Irresein schon durch Entfernung einzelner unter den gewöhnlich vielfältigen, zusammenwirkenden Ursachen mit Erfolg bekämpft werden kann, und es bieten namentlich alle die mannigfaltigen Durchgangspunkte der Erkrankung, alle die organischen Störungen, welche die Pathogenie als Mittelglieder zwischen äusseren Ursachen und zwischen der ausgebildeten Gehirnkrankheit als deren letzte Resultate nachweist, erfolgreiche Angriffspunkte für die Therapie dar. Ebenso aber kann das Irresein auch theoretisch ohne Kenntniss seiner Ursachen und seines Zustandekommens in den einzelnen Fällen gar nicht begriffen werden, und so sind die ätiologischen Fragen in den Vordergrund der ganzen Psychiatrie gestellt. Im concreten Falle entnehmen wir die ätiologischen Momente aus der Anamnese, und diese ist überall mit grösster Sorgfalt und genauestem Eingehen in's Einzelne zu eruiren (cf. Untersuchung §. 164 s.).

Die Ansichten der Umgebungen eines Kranken über die Aetiologie sind häufiger irrig als richtig, fast immer wenigstens einseitig. Von Laien und Aerzten werden auch alltäglich Symptome des beginnenden, sogar zuweilen des schon weit gediehenen Irreseins für Ursachen gehalten. Im Beginn der psychischen Erkrankung kann z. B. — symptomatisch — ein lebhafter Hang zu spirituösen Getränken oder ein stärkerer Geschlechtsreiz, der zu Excessen oder Onanie führt, auftreten; es kann die schon vorhandene Gemüthsaufregung zu übereilten Verbindungen, zu gewagten Geschäftsunternehmungen, zu religiösen Anfechtungen und Betrachtungen Anlass geben, und man begeht dann oft den Fehler, die Krankheit der Trunksucht, der unglücklichen Liebe, den missglückten Speculationen, der Religion etc. zuzuschreiben. So kommt es auch sehr oft vor, dass von den Umgebungen oder unkundigen Aerzten ein Irresein als

frisch entstanden betrachtet und gewissen neuerlichen Vorfällen zugeschrieben wird, das sich bei näherer Untersuchung als ein schon viele Jahre bestandenes und ganz eingewurzeltes zeigt. Schon Pinel erzählt den Fall einer Kranken, die angeblich neun Monate geisteskrank sein sollte, in der That aber es schon fünfzehn Jahre lang war.

Die deutsche Psychiatrie hat das Verdienst, immer die Aetiologie und Pathogenie des Irreseins tiefer und richtiger aufgefasst und glücklicher bearbeitet zu haben als die französischen Schulen. Während diese (Moreau, de Jonnès, Brierre, Parchappe und Andere) bei ihren ganz abstract gehaltenen Tabellen psychischer und moralischer Ursachen stehen blieben, in denen Trunksucht, Epilepsie, Ehrgeiz, Prostitution, Politik, Vermögensverlust u. dgl. als gleichwerthige Kategorieen von Ursachen neben einander stehen, haben die deutschen Irrenärzte (Heinroth und Ideler von psychischer Seite, Bergmann, Flemming, Jacobi, Jessen, Nasse, Zeller u. A. theils mit vorzüglicher Berücksichtigung der somatischen Ursachen, theils allseitig) schon seit langer Zeit auf genaues Individualisiren in Bezug auf die Ursachen des einzelnen Falles gedrungen, und es hat sich bei uns immer mehr eine Betrachtungsweise festgestellt, welche die sorgfältige Berücksichtigung aller Momente in ihrem Zusammenhange und Zusammenwirken auf die Entwicklung des Krankheitszustandes fordert.

§. 206.

Ein näheres Eingehen in die Aetiologie des Irreseins zeigt nämlich alsbald, wie es in der ausserordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige specifische Ursache, sondern ein Complex mehrerer, zum Theil sehr vieler und verwickelter, vorbereitender und mehr gelegenheitlicher schädlicher Momente war, unter deren Zusammenwirken die Krankheit endlich zu Stande kam. — Nicht selten wird der Keim des Erkrankens schon in jenen frühen Lebensperioden gelegt, wo sich die Anfänge des Charakters bilden; wächst er durch Erziehung und äussere Erlebnisse, oder trotz ihnen, so ist es nur selten, dass die abnorme Höhe der psychischen Irritabilität ganz von selbst, allmählich und durch kaum merkliche Zwischenstufen den Grad auffallender psychischer Functionsstörung erreicht; viel häufiger sind es mehrere, mannigfaltige psychische Eindrücke und körperliche Störungen, unter deren successiver Einwirkung oder ungünstigem Zusammentreffen sich die Krankheit ausbildet, und sie ist dann nicht einem einzelnen dieser Momente, sondern nur ihrer Totalität zuzuschreiben.

Ein ursächlicher Einfluss ist bei denjenigen Momenten natürlich am sichersten anzunehmen, deren Wirkungskreis sich im Einzelnen verfolgen, und deren Effect sich daher als ein physiologisch nothwendiger begreifen lässt, oder, wo dies auch nicht der Fall ist, bei denen, welche wenigstens durch eine umfassende Statistik festgestellt sind. Ein vorausgegangenes unbedeutendes Magenleiden, eine leichte Hämorrhoidalanschwellung oder gar eine schnell geheilte Krätze werden z. B. nicht unter den Ursachen aufzuführen sein, da keinerlei Statistik für sie spricht, keinerlei Zusammenhang zwischen ihnen und dem Irresein nach Schwere und Art der Erkrankung ersichtlich ist. Dagegen erscheinen z. B. die vorhandenen Herzaffectionen oder Arterienerkrankungen als wichtige ursächliche Momente, da sie den Kreislauf im Gehirn stören können; deprimirende Affecte würden als solche erscheinen, wenn man auch nichts

von ihrer Wirkungsweise wüsste, weil sie — statistisch erwiesenermaassen — so ausserordentlich häufig dem Irrewerden vorangehen; die Möglichkeit der Entstehung einer Geisteskrankheit durch Wurmreiz im Darm (Taenia) kann kaum ganz abgewiesen werden, weil man auch andere schwere Nervenkrankheiten (Epilepsie) zuweilen durch sie entstehen sieht etc. Man darf nie vergessen, dass etwas, um Ursache zu sein, auch wirklich der vermeintlichen Wirkung vorangegangen sein muss; man darf z. B. nicht, wenn sich erst gleichzeitig mit dem beginnenden Irresein schwere Verdauungsstörungen zeigen, auf ein chronisches Unterleibsleiden als Ursache des Irreseins schliessen. In einzelnen Fällen fehlt es vollends an allen ätiologischen Anhaltspunkten, und das Irresein entsteht allmählich, wie viele anderen chronischen Krankheiten, aus ganz unbekannten Einflüssen; nichts ist falscher, als hier imaginäre somatische Ursachen zu supponiren und solchen Vermuthungen einen Einfluss auf den Heilplan zu gestatten, wie dies doch oft und gern in der sogenannten somatischen Schule geschehen ist.

§. 207.

Es ergiebt sich aus einer grösseren Vergleichung, dass die Aetiologie der Geisteskrankheiten im Allgemeinen keine andere ist als die aller übrigen Gehirn- und Nervenkrankheiten. Namentlich die Aetiologie der Epilepsie und der chronischen Reizungszustände des Rückenmarks bietet sehr instructive Analogieen dar, sowohl was Prädisposition als nächste erregende Ursachen betrifft. Abgesehen von den prädisponirenden Momenten (Lebensalter, Erblichkeit, gewisse Erziehungsfehler etc.) lassen sich bei allen diesen Krankheiten namentlich zwei Wege der Erkrankung erkennen. Einmal ihre (protopathische) Entstehung aus direct auf das Gehirn wirkenden Einflüssen — Erschütterung, Verwundung, Ueberanstrengung und Erschöpfung des Gehirns und des ganzen Nervensystems, Alkoholica, Narkotica, psychische Ueberreizung durch Affecte und dergleichen, sodann eine (deuteropathische) Entstehung der Gehirnkrankheit infolge anderweitiger, im Organismus vorgegangener krankhafter Veränderungen, durch welche die Gehirnfunctionen beeinträchtigt werden. Diese Krankheitszustände nun scheinen auf das Gehirn hauptsächlich wieder in dreierlei Weise zu wirken, einmal indem sie Kreislaufsanomalieen (Hyperämie, Anämie) in der Schädelhöhle erzeugen oder begünstigen (z. B. die Herz- und Arterienkrankheiten); zweitens durch nervöse Reizung des Gehirns, welche man sich kaum anders als durch Mittheilung und Uebertragung eines peripherischen Irritationszustandes einzelner Nervenparthien auf das Centralorgan gewissermaassen reflectorisch geschehend vorstellen kann (peripherische Nervenverletzung, Einfluss der Sexualorgane etc.); drittens durch eine mangelhafte Ernährung und Erregung des Gehirns in Folge einer dyskrasischen Blutmischung (z. B. allgemein anämische Zustände).

Vollständig lässt sich der Unterschied einer protopathischen und deuteropathischen Entstehung des Irreseins für die concreten Fälle indessen nicht durchführen, ungefähr ebenso wenig wie bei der Epilepsie, wo man es auch schon mehrfach versucht hat. Sowohl deswegen nicht, weil gewöhnlich mehrere schädliche Einflüsse, die auf

verschiedene Weise einwirken, zusammentreffen, als darum nicht, weil einzelne ätiologische Momente, namentlich die so wichtigen depressiven Affecte, nicht nur in verschiedenen Fällen, sondern auch gleichzeitig in demselben Individuum theils primitiv, theils aber auch durch Setzung weiterer, chronischer Veränderungen in anderen Organen und durch allgemeine Zerrüttung der Constitution, wieder secundär auf einem Umwege das Gehirn beeinträchtigen können.

Soweit dieser Unterschied aber sich begründen und erweisen lässt, ist er ein sehr werthvoller. Er fällt zum Theil zusammen mit dem Unterschied zwischen den anatomisch in der Schädelhöhle begründeten und den ohne alle palpable Erkrankung des Gehirns oder seiner Hüllen bestehenden Geisteskrankheiten. Letztere Zustände sind öfters solche, wo das Irresein wandelbar, von anderweitigen krankhaften Störungen ganz abhängig und ein rein functionelles Leiden ist (z. B. das hysterische Irresein von Anämie oder Genitalienerkrankung), im ersteren Falle dagegen ist die Gehirnkrankheit eine weit mehr selbstständige, fixirte z. B. der Blödsinn mit Paralyse, die chronische Geistesschwäche der Trinker etc.

ZWEITE ABTHEILUNG.

Die Prädisposition zu psychischen Krankheiten.

Vorbemerkungen.

§. 208.

Erwägt man die ausserordentliche Häufigkeit aller der schädlichen Einflüsse, welche als Ursachen der Geisteskrankheiten angegeben werden, und ihre doch verhältnissmässig seltene Entstehung aus denselben, so wird man mit Nothwendigkeit zur Annahme geführt, dass es gewisser vorbereitender Umstände bedürfe, damit in den einzelnen Fällen überhaupt Erkrankung und gerade diese Erkrankung eintrete, dass eine gewisse Empfänglichkeit und Disposition zu solchen Krankheiten den — zuweilen wenig intensiven — erregenden Ursachen entgegenkommen müsse. In der That ist man bei den meisten Krankheiten des Nervensystems zu einer solchen Annahme genöthigt.

Will man bei jenen Neurosen, wie Tetanus durch Verwundung, wie Epilepsie durch Wurmreiz, zur Erklärung eben eine — nicht näher zu bestimmende — besondere Disposition des Nervensystems annehmen, so hat man freilich nur ein leeres Wort für eine ganz unbekannte Sache. Genauere Untersuchungen gestatten hier aber doch zuweilen eine Einsicht in die näheren Verhältnisse dieser Disposition. Man weiss z. B., dass Tetanus in heissen Ländern leichter auf Verletzungen folgt als in unserm Klima, dass sein Zustandekommen durch gleichzeitige Erkältungen oder psychische Reize begünstigt wird und dergl., und so sind auch für das Irresein eine Reihe von Momenten bekannt, denen erfah-

rungsmässig ein vorbereitender und begünstigender Einfluss zugeschrieben werden muss. Es hat nun die Lehre von der Prädisposition zu den Geisteskrankheiten einestheils jene entfernteren, im Grossen wirkenden, nur statistisch erweisbaren und in ihren einzelnen Wirkungsarten ganz unerforschlichen Verhältnisse der Nationalität, des Klimas, der Jahreszeiten, des Geschlechts, des Lebensalters, der allgemeinen Standesunterschiede zu betrachten und deren Bedeutung für die Entstehung dieser Krankheiten zu würdigen. Andererseits ist, neben dieser allgemeinen auch die individuelle Prädisposition, und zwar die angeborene und die erworbene zu analysiren, wie sich solche in Bezug auf Erblichkeit, Erziehung, auf Constitution, Charaktereigenthümlichkeit, schädliche Gewohnheiten etc. nachweisen lässt. — Kein Zweifel, dass die Dispositionen viel wichtigere, stärker und öfter wirkende Momente zur Bildung des Irreseins sind, als die occasionellen Ursachen. Wer eine starke individuelle Prädisposition, besonders gewisser, bestimmter Art hat, ist durch die leichtesten occasionellen Ursachen stark gefährdet; wem jene ganz fehlt, der geht meist auch aus schweren Conflicten sonstiger Ursachen geistig wohlbehalten hervor. (cf. pag. 45.)

ERSTES CAPITEL.

Allgemeine Prädisposition.

I. Jahreszeiten, kosmische und tellurische Einflüsse, Klima.

§. 209.

Den vielfach besprochenen Einfluss der Jahreszeiten auf die Entstehung des Irreseins erwähnen wir vor Allem, um wieder auf die Trüglichkeit mancher statistischen Angaben aufmerksam zu machen. Daraus, dass nach Esquirols Tabellen in den Sommermonaten (Mai bis Juli) am meisten, im Frühling und Herbst weniger und im Winter die wenigsten Aufnahmen in einigen Irrenanstalten stattfanden, hat man auf die häufigere Entstehung des Irreseins im Sommer geschlossen. Mit grösstem Unrecht; denn welche Irrenanstalt der Welt wäre so glücklich, eine Mehrzahl von Fällen, die erst 2, höchstens 3 Monate alt sind, zu bekommen? — Zwischen Erkrankung und Zeit der Aufnahme giebt es auch nicht das geringste beständigere Verhältniss, und es bleibt der subjectivsten Vermuthung freigestellt, wann diese in den Sommermonaten mehr aufgenommenen Fälle entstanden sein mögen, ob nicht das unbequemere Reisen im Winter die Aufnahme verringere u. dgl. m.; derselben Ansicht ist v. Krafft-Ebing. Esquirol behauptet, und Jacobi erweist, dass in den Wintermonaten der Ausbruch der Tobsucht

am seltensten geschieht, und dass der Sommer und besonders der Frühling eine Mehrzahl von Erkrankungen in dieser Form darbieten.

Immerhin scheint der Sommer mehr zu psychischen Erkrankungen zu disponiren als die kälteren Jahreszeiten. Bekanntlich werden höhere Temperaturen von nervösen Individuen überhaupt schlecht ertragen. Nach Arndt, Schüle, Kraepelin u. A. begünstigt grosse Hitze den Ausbruch von Psychosen, vornehmlich kommen tobsuchtsartige Erregungszustände in der heissen Jahreszeit häufiger zur Entwicklung als im Winter. Die grösste Anzahl von Aufnahme-Gesuchen wegen acuter Erkrankungen findet nach Savage im Sommer, die nächstgrösste in den Herbstmonaten statt.

Im Gegensatz dazu nimmt v. Krafft-Ebing (l. c. p. 155) an, dass die im Sommer erkrankenden Individuen schon längst krank gewesen sind und dass sie nur im Sommer als überflüssig in die Irrenanstalten praktizirt werden. Die Hitze in den Sommermonaten wirkt jedoch nur verschlimmernd auf jene Individuen, die schon länger krank sind; selten ist ihr Einfluss ein direct krank machender.

Der Einfluss der Sonne selbst auf den Kranken kann ein directer und indirecter sein. Bei den ersteren Fällen handelt es sich um den einfachen Sonnenstich, bei den letzteren rufen Erschöpfung, Mangel an Nahrung, oder ein Uebermaass an Reizmitteln die Störung hervor. Das Irresein infolge von Insolation entwickelt sich entweder sofort oder erst einige Zeit nach der Einwirkung der Schädlichkeit. Ellis (Traité de l'aliénation, etc. p. Archambault. 1840. p. 81) erzählt 2 Fälle von Geisteskrankheit durch Insolation, deren einer mit Genesung, der andere mit Blödsinn endigte. Die ersten Erscheinungen sind Gehörs- und Gesichtshallucinationen, dann kommt es zu einem Depressionszustand, verbunden mit Angstaffecten, Verfolgungswahn, Neigung zu Selbstmord; mitunter zeigt sich maniakalische Exaltation mit starker sexueller Erregung, Unreinlichkeit, Grössenideen. Bald treten Lähmungserscheinungen, wie Strabismus, Tremor, Deviation der Zunge, Anarthrie, Ataxie, Enge der Pupillen hinzu. Der Ausgang ist entweder Tod oder Heilung.

Was endlich den Einfluss des Mondes, wenn auch nicht auf Erzeugung, doch auf Steigerung und Abänderung des Irreseins in seinem Verlaufe betrifft, so wird derselbe von der grossen Mehrzahl der Irrenärzte geleugnet, und es hiesse jeder pathologischen Untersuchung Hohn sprechen, wenn z. B. die periodische Wiederkehr von Tobsuchtsanfällen deswegen, weil sie mit gewissen regelmässigen Veränderungen am Himmel zusammentrifft, dem Einfluss der Gestirne zugeschrieben würde. Deshalb soll aber eine Einwirkung des Mondlichts auf die Geisteskranken nicht geleugnet werden. Schon die Gedankenbewegung des Gesunden kann durch dasselbe eigenthümlich afficirt werden, z. B. in der Form

jener sehnsüchtigen, elegischen Stimmung, welche den geläufigen Vorwurf einer empfindsamen Poësie bildet. Bei Geisteskranken, die von so manchen sinnlichen Eindrücken stärker und anders erregt werden als Gesunde, mag bei mangelndem Schlaf der Anblick des vollen, glänzenden Mondes, die unbestimmte Beleuchtung, die vorüberhuschenden Wolkenschatten, verbunden mit der Stille der Nacht oder den confusen Tönen, welche Nachts durch die Irrenanstalten ziehen, wohl noch tiefere Eindrücke, lebhaftere Gemüthsbewegungen, Anlässe zu mancherlei Hallucinationen u. dgl. setzen. In der That hat der kluge Esquirol die Unruhe, die man bei mehreren Kranken regelmässig zur Zeit des Vollmondes bemerkte, durch herabgelassene Gardinen beseitigt.

Nach Arndt sind Syzygien von grösserem Einflusse als die Quadraturen. Ich kann die Beobachtung hinzufügen, dass jedesmal zur Zeit der Falb'schen kritischen Tage erster Ordnung bei einem Theile der Epileptiker in dem Görlitzer Pädagogium ein förmlicher Status eintrat.

Ein rascher Wechsel des Klimas kann den Ausbruch von Psychosen herbeiführen, und zwar ist der rasche Uebergang vom kalten in ein heisses Klima verderblicher als umgekehrt.

II. Allgemeine menschliche Verhältnisse.

§. 210.

1. Rasse und Nationalität. Der Procentsatz des Irreseins zeigt weder bei den verschiedenen Culturvölkern noch zwischen den Völkern verschiedener Zonen eine wesentliche Differenz. Nur bei den Juden und gewissen Secten ist derselbe ein ungewöhnlich hoher; vor Allem haben die Juden eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Erkrankungen (v. Krafft-Ebing p. 157). Es giebt keine wirkliche Rassen-Immunität, weder gegenüber dem gewöhnlichen Irresein, noch gegenüber der classischen Paralyse.

2. Cultur. Unter den Stadtbewohnern zeigen sich bei weitem mehr psychisch Erkrankte, wie unter der Landbevölkerung. In den grossen Städten sind es der verschärfte Kampf um's Dasein und die Excesse, welche am meisten zur raschen Vermehrung von Geisteskrankheiten und Selbstmorden beitragen, ferner die rasch fortschreitende Entwicklung durch die Concurrenz der Individuen und durch die gesteigerten Ansprüche in Bezug auf die Lebens-Interessen (v. Krafft-Ebing, Kraepelin, Arndt u. A.).

3. Politik. Von Interesse ist es, wie die grossen politischen Erschütterungen einen weniger bedeutenden Einfluss auf die Frequenz der Geisteskrankheiten zu haben scheinen, als man wohl a priori erwartet hätte. Esquirol bemerkte dies schon für die erste französische Revo-

lution; die revolutionären Bewegungen von 1830 und besonders von 1848 lieferten nach vielfachen Zeugnissen aus Frankreich und Deutschland (denen nur etwa die Angabe von Brierre entgegensteht) gar keine oder keine irgend erhebliche Zunahme von Erkrankungen. Dem Laien erscheint der Einfluss der Revolution gross, weil in solchen Zeiten die Politik dem Delirium vieler Kranken Inhalt und Färbung giebt — ein, wie schon bemerkt wurde, meist sehr zufälliges und äusserliches Verhältniss. Solche Ereignisse verleihen nach Savage (l c. .p. 25) dem Denken der nervösen Menschen gerade eine Beschäftigung, welche sie von der krankhaften Selbstbeobachtung abhält.

4. Religion. Die religiöse Aufregung hat nur für vereinzelte Fälle ursächliche Bedeutung. Der excessiv religiöse Drang ist bereits Symptom einer krankhaften Anlage oder einer wirklichen Krankheit (v. Krafft-Ebing l. c.). Die durch religiöse Aufregungen erzeugten Krankheitserscheinungen tragen nicht immer ein religiöses Gepräge. — Die mystische Seite, welche jeder Glaube hat, ist die Ursache, dass religiöse Wahnideen bei Irren so häufig wiederkehren. Beim Uebergange aus dem gesunden in den geisteskranken Zustand treten eine Menge unbeschreiblicher Gefühle auf, die sich der Kranke, da sie ihm völlig neu sind, als Wirkungen der göttlichen Allmacht erklärt. Die durch religiöse Schwärmerei bedingte gemüthliche Erregung äussert sich im Prodromalstadium in religiöser Andachtsübung, kann sich aber auf dem Boden von Hysterie bis zur Tobsucht steigern oder auch in mikromanischen Formen erscheinen.

Junge erregbare Individuen und alte, die mit rührseligem Schwachsinn begabt sind, werden besonders durch religiöse Einflüsse aus dem Gleichgewicht gebracht. Auf erstere hat die Religion in Verbindung mit der Liebe, die sehr nahe verwandt sind, grossen Einfluss. Für die zweite Gruppe ist charakteristisch eine psychische Verstimmung mit der Empfindung der Unwürdigkeit und Sündhaftigkeit. Auch hier können abnorme sexuelle Empfindungen vorkommen. Es ist jedoch immer festzuhalten, dass das religiöse Irresein ein Symptom, nicht die Ursache einer psychischen Störung ist.

III. Lebensalter.

§. 211.

Der Procentsatz der Erkrankungen in den verschiedenen Lebensaltern ist ein sehr verschiedener; keine Lebensepoche gewährt eine absolute Immunität gegen Geisteskrankheiten, aber gewisse Altersstufen disponiren dazu in besonderem Maasse. Besondere Gefahren bringen

die Phasen der Entwicklung des Geschlechtslebens, wie die der Zurückbildung desselben mit sich, welche beiden Zeitpunkte beim Weibe durch den Eintritt resp. das Erlöschen der Periode markirt sind.

1. Kindesalter. Psychische Störung im Kindesalter, d. h. im Alter von der Geburt bis zur Pubertät, ist selten. Wenn auch das kindliche Gehirn entschieden eine geringere Widerstandsfähigkeit besitzt (was sich z. B. darin zeigt, dass schon geringe febrile Temperatursteigerungen zu ausgeprägten Bewusstseinsstörungen führen), so werden doch durch die Elasticität der kindlichen Gehirnconstitution diese leichteren Störungen schnell überwunden.

Bisweilen scheinen Kinder geisteskrank auf die Welt zu kommen; dieselben sind von Geburt an ruhelose, unbändige, abnorm kleine Geschöpfe. Es handelt sich in diesen Fällen fast ausschliesslich um erblich belastete, defecte Organisationen (Savage l. c. p. 32).

Das Irresein erscheint meist als frühzeitig zur Entwicklung gelangte Idiotie, als moralisches Irresein, oder es tritt zusammen mit Chorea, Epilepsie und anderen Neuropathieen auf. Auch das förmliche Irresein mit dysthymischen, exaltirten und paranoïschen Erscheinungen wie mit Zwangsvorstellungen fängt oft schon vor der Pubertätszeit an, und Anfänge dieser Krankheitsformen lassen sich bisweilen bis auf frühe Kinderjahre zurückführen; doch kein Mensch ist von Geburt an verrückt.

Die Diagnose einer Psychose in der ersten Kindheit ist schwer. Triebartige Aufregungszustände kann man eventuell als Symptome der Hirnkrankheit auffassen. Aetiologisch wichtig sind ferner häufige und frühe Onanie, acute schwere, besonders infectiöse Krankheiten, intellectuelle Anstrengungen, Trauma capitis, seltener Wurmreiz. Weniger von Belang sind Leidenschaften, fehlerhafte Erziehung etc. Eine bemerkenswerthe Gelegenheitsursache aber ist der Schreck.

Die Prognose an sich ist schlecht und noch mehr dadurch getrübt, dass das Irresein die normale Fortentwicklung des kindlichen Gehirns stark gefährdet.

2. Pubertäts-Alter. Die Erkrankungshöhe des Pubertätsalters d. h. des 12.—22. Lebensjahres ist die höchste, absolut und relativ gerechnet. Besonders gefährlich ist dieses Alter für Familien mit neuropathischer Belastung und in hervorragendem Maasse für die weiblichen Individuen. Erstens wird das Weib öfter durch sexuelle Störungen aus dem Gleichgewicht gebracht, dann spielt die erbliche Anlage beim Weibe überhaupt eine grössere Rolle, schliesslich ist die Evolutionsperiode bei ihm eine tiefer greifende und häufig mit Ernährungsstörungen, wie Anämie und Chlorose verbunden. Die im Pubertätsalter psychisch erkrankten erblich Belasteten machen 42 % des Krankenbestandes aus.

Das psychische Krankheitsbild dieser Epoche ist zusammengesetzt aus Stimmungsanomalieen, leicht erhöhter Reizbarkeit, Neigung zur Schwärmerei in melancholischer und exaltirter Form, ferner durch Störungen der Gemüthsstimmung, durch Grössenideen oder auch durch das Gefühl der Unwürdigkeit.

Häufig ist in diesem Alter Onanie die Gelegenheitsursache, bei weiblichen Individuen auch bis dahin effectlos gebliebene Lageveränderungen des Uterus oder Stehengebliebensein auf infantiler Entwicklungsstufe (v. Krafft-Ebing l. c. p. 161). „Nicht minder wichtig sind abnorm rasches Wachsthum, ferner Entwicklungshemmungen des Schädels und Degenerationsformen des Gehirns infolge der erblichen Disposition."

Neben dem hebephrenischen Irresein, welches jetzt in den Vordergrund tritt, zeigen sich melancholische und maniakalische Bilder, erstere theils als katatonischer Stupor auftretend, theils mit impulsiven Acten, Zwangsvorstellungen und imperativen Hallucinationen einhergehend, letztere meist mit moriaartigem Gepräge und häufigem Ausgang in Blödsinn. Auch epileptisches und hysterisches Irresein entwickelt sich häufig im Alter der Pubertät. Es sind entweder leichtere chronische Manieen mit erotischem Kern, oder theils hallucinatorische, theils mit katatonischen Symptomen einhergehende Irreseinszustände, endlich Fälle von religiöser Paranoia.

3. Das Alter der Jugendblüthe. In dieser Epoche, die etwa bis zum 25. Lebensjahre reicht, besteht noch immer eine gewisse Impressionabilität durch Stimmungen und Gefühle, zugleich aber auch eine gewisse Elasticität, die den Menschen leichter über widrige Erfahrungen hinwegbringt. Am Ende dieser Epoche sondern sich die psychisch Invaliden von den geistig rüstigen Individuen ab. (Schüle).

Ein häufiges Krankheitsbild dieses Alters ist die Hebephrenie und Heboïdophrenie (Kahlbaum, cf. drittes Buch, Biopathieen); ferner auch der acute heilbare Blödsinn, welcher unter dem Bilde des katatonischen Stupors verläuft. (Die primäre heilbare Demenz ist nach meiner Meinung weiter nichts als eine Zustandsform der Katatonie.)

Nach Angabe der Autoren waren bei allen Fällen erbliche Belastung, primär veranlagter Schwachsinn oder Degenerationszeichen, z. B. Mikrocephalie vorhanden. In diesem Alter ist auch das Irresein in Verbindung mit Lungenschwindsucht nicht selten.

4. Das Alter der körperlichen und geistigen Entwicklungshöhe, beim Manne die Zeit vom 25. bis 40., beim Weibe vom 25. bis 35. Lebensjahre, die Epoche der „Stürme des Lebens, der höchsten körperlichen und geistigen Anstrengungen," ist für die Entstehung des Irreseins die günstigste; von da an werden die Erkrankungen seltener. Die Abnahme der Erkrankungen beruht wahrscheinlich auf einer

geringeren psychischen Impressionabilität. Besonders häufig kommt in diesem Alter die classische Paralyse vor, ein Leiden, welches seine Ernte hauptsächlich unter den kräftigsten, gedankenreichsten, entschlossensten und brauchbarsten Männern hält.

5. Klimakterium. „Die Involutionsperiode des Weibes ist eine theils prädisponirende, theils gelegentliche Ursache für psychische Erkrankung“ nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 166) bei 6,1 % der Frauen. Fast immer sind körperliche Veränderungen, z. B. Atheromatose der Gefässe, Involution und Functionsunfähigkeit der Genitalien etc. nachweisbar. Doch kann der krank machende Einfluss auch ein rein psychischer sein, oder schliesslich ist er ein „gemischter“. Als specielle Schädlichkeiten führt derselbe Autor Menorrhagieen, Leukorrhöen an, daraus resultirende Ernährungsstörungen des psychischen Organs, Menstruatio suppressa und infolge davon Reizzustände der Genitalnerven. Dazu kommen erbliche Belastung, erschöpfende Krankheiten, häufige Geburten und locale Affectionen des Uterus.

6. Greisen-Alter.[1]) Jenseits der fünfziger Jahre sinkt der Procentsatz des Irreseins bei beiden Geschlechtern.

Durch den Kampf um's Dasein, durch Ausschweifung, schwere Krankheiten kann vorzeitige senile Involution des Gehirns eintreten, ein Zustand, den man Senium praecox genannt hat. Meist ist derselbe mit Gefäss-Erkrankungen verbunden und führt schnell zur Dementia senilis. Für das beginnende Senium ist das beste Zeichen die senile Involution. Die Psychosen dieser Zeitepoche bei den Männern sind durch ihren raschen psychischen Verfall charakteristisch, so dass man dieses Krankheitsbild mit dem Namen der Pseudo-Paralyse benannt hat.

Die auf dem Boden des invaliden senescirenden Gehirns sich abspielenden Krankeitszustände sind Melancholieen, Manieen oder Wahnsinnsbilder; sie sind ausgezeichnet: 1) durch schweren, organischen, idiopathischen Charakter, 2) durch sensible, vasomotorische, trophische, motorische Störungen bis zu apoplekti- und epileptiformen Anfällen, 3) durch allseitig sich kundgebende psychische Schwäche, die sich äussert in Abnahme des Gedächtnisses, Verwirrtheit und Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der Affecte, läppisches, kindisches Gebahren, Neigung zu rascher Verblödung.

Doch ist der senile Blödsinn keineswegs die einzige Form des Irreseins in diesen Jahren. Esquirol sah zwei Weiber, eine 80, die andere 84 Jahre alt, von Tobsucht genesen; Burrow erzählt einen Fall von Schwermuth und Selbstmord bei einem Vierundachtziger; Verf. selbst hat einen frischen Fall von Schwermuth im 80. Jahre behandelt.

---

[1]) Cf. Fürstner, Geisteskrankheiten des Greisenalters. In extenso vergleiche Biopathieen.

IV. Beruf und Lebensverhältnisse.

§. 212.

1. Im Allgemeinen. Die Berufsverhältnisse geben sehr häufig den Grund zu Irresein; die finanzielle Lage hat keinen Einfluss auf den Procentsatz. Matrosen, Küfer und Fuhrleute, denen man eine besondere Prädisposition für Psychosen zuschrieb, erkranken weniger durch ihren Beruf selbst, als durch die bei der Ausübung desselben stattfindenden Alkohol-Excesse; bei Feuerarbeitern sind dagegen calorische Schädlichkeiten die eigentlichen Ursachen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 169). Eine grosse Rolle bei der Erzeugung von Geisteskrankheiten spielt neuerdings die Aussichtslosigkeit gewisser Erwerbsarten, besonders das Darniederliegen der Landwirthschaft (Savage p. 41). Speculationsgeschäfte mit ihren wechselnden Aufregungen sind der Entwicklung der Paralyse besonders günstig. Ein grosses Contingent für Geisteskrankheiten stellen nach obigem Autor (l. c. p. 42) die Erzieherinnen. Eine gewaltsame Ausbildung des Talents auf Kosten der geistigen und körperlichen Gesundheit, ungünstige sociale Verhältnisse, Heimweh, kränkende und lieblose Behandlung, getäuschte Liebe u. s. w., alles dieses sind Momente, welche geeignet sind, zumal bei prädisponirten Individuen eine Psychose hervorzurufen.

Ob die Standesunterschiede einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten haben, lässt sich, wie Fuchs mit Recht bemerkt, nicht durch Berechnungen nach den Aufnahmen in den öffentlichen Anstalten bestimmen, da in diese natürlich weit mehr Kranke aus niederen Ständen eintreten. Als einzige, hier etwa brauchbare Notiz ist die Angabe von Julius bekannt, dass sich in England und Wales 8500 arme und nur 12—1300 bemittelte Geisteskranke in den öffentlichen und Privatanstalten befinden. Bedenkt man, dass es weit mehr arme als wohlhabende Menschen giebt, so kann man hiernach die beiderseitige Erkrankungsfähigkeit gleich schätzen. Das Moment, das auf der einen Seite durch grössere directe Excitation der cerebralen Thätigkeiten vergrössernd wirkt, wird auf der andern durch Elend, Hunger und Trunksucht aufgewogen, während die mächtigen Leidenschaften, Liebe, Ehrgeiz, Eifersucht etc., in allen Schichten der Gesellschaft gleich häufig und ursprünglich gleich mächtig, auch bei geringerer Bildung der Intelligenz unaufgehaltener und zerstörender wirken.

2. Erkrankungen der Soldaten im Krieg und im Frieden. Erkrankungen beim Militär sind nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 171) häufiger als bei der Civilbevölkerung. Heimweh, körperliche Ueberanstrengung, brutale Behandlung seitens der Vorgesetzten sind bei der Mannschaft ätio-

logisch wichtig; Excesse aller Art, Ehelosigkeit, Zurücksetzung und Kränkung im Dienst erklären die grössere Morbidität bei den Officieren.

Was die Hysterie bei Soldaten anlangt, so ergeben Beobachtungen: 1) Fälle von Hysterie kommen im Heere nicht selten vor. 2) Das klinische Bild derselben ist bei Soldaten ebenso mannigfaltig wie bei Weibern. 3) Die Hysterie beim Militär ist bis in die neueste Zeit für Simulation oder für eine organische Krankheit gehalten. 4) Hysterie sollte zum Militärdienst untauglich machen. Besonders häufig stellt sich diese Affection als Folge eines Krieges ein, weil im Kriege alle jenen schweren Alterationen des Geistes und des Körpers zusammen wirken, von denen sonst schon eine genügt, um eine schwere Psychose herbeizuführen. Hauptsächlich sind es auch Verwundungen, die ein späteres Irresein zur Folge haben. Die klinischen Bilder sind Neurasthenieen, classische Paralyse, Melancholie, hallucinatorischer Wahnsinn, Manie, Katatonie. Nach Arndt bestehen die Erschöpfungsphänomene in leichter Ermüdbarkeit, Abgespanntheit, Unzufriedenheit mit sich und der Welt, Schlaflosigkeit, grosser Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, leichtem Eintreten von Beängstigungen, düstern, hypochondrischen Gedanken bis zum Taedium vitae. Von diesem Bilde der ausgesprochenen Neurasthenie bis zur wirklichen Psychose ist nur ein Schritt.

3. Armuth und Elend. Bei anderen Klassen führen das sociale Elend, ungünstige hygiënische Verhältnisse, sowie die dadurch geförderten Krankheiten, wie Skrophulose, Tuberculose, Rhachitis zum Irresein.

Wie häufig ergiebt sich bei Betrachtung der Antecedentien der Irren ein regelloses, in wechselnden Abenteuern, unstetem Treiben und sonderbaren Verwicklungen hingegangenes Leben, voll Glückswechsel, Strapazen, Elend und Ausschweifungen, die eine reiche Quelle von Conflicten mit der Welt, von Gemüthsaufregungen und inneren Bedrängnissen werden mussten. Wie häufig führen die Entbehrungen, welche die Armuth mit sich bringt, zu Seelenschmerz und Verzweiflung, in denen der Mensch dem Jammer nicht mehr Stand zu halten vermag und nun in Melancholie, Selbstmord oder tieferes Irresein versinkt. Mit diesen psychischen Einflüssen treffen dann gleichzeitig schlechte Ernährung, Hunger, Kälte, körperliche Ueberanstrengung als directe somatische Krankheitsursachen zusammen.

Auch die Berufslosigkeit, das Vagabondiren und Gewohnheitsverbrechen begünstigen entschieden die Entstehung von Psychosen. Bettler von Profession sollen nach Guislain (Leçons orales II p. 22) nicht geisteskrank werden; er schreibt dies der Gleichgültigkeit dieser Leute zu. Joret (Mém. de l'acad. de méd. XIV. p. 346) führt dagegen die weiblichen Bettlerinnen von Profession mit einem zahlreichen Contingent von Irresein auf.

4. Prostitution. Prostituirte erkranken häufig durch geschlechtliche Excesse, empörte Leidenschaften, Trunk, Elend, Verlassenheit, syphilitische Contagion. Dieselben gewöhnen sich nicht allein von früh auf an den Trunk und ein unregelmässiges Leben, sondern sind auch allen Gefahren örtlicher und allgemeiner Krankheit ausgesetzt. Kein Wunder, wenn dabei ein weniger widerstandsfähiges Weib zusammenbricht.

5. Gefangenschaft. In der Gefangenschaft kommen viele der psychischen Gesundheit gefährliche Einflüsse zu gleichzeitiger Wirksamkeit: Gewissensbisse, Sehnsucht, Concentration auf wenige Gedankenkreise, oft schlechte Nahrung und Luft, Mangel an Bewegung etc. Und in der That überwiegt die Häufigkeit aller Formen des Irreseins in der Gefangenschaft die Anzahl der Alienationen in der Freiheit um 27 pro mille. Aber die Mehrzahl dieser Erkrankungen darf sicher nicht dem Gefangensein allein zugeschrieben werden; ganz gewöhnlich sind dieselben schon sehr stark angelegt, ja öfters schon mehr als halb ausgebildet, ehe der Verbrecher ins Strafgefängniss kommt, indem derselbe eben schon in seinem bisherigen Leben den Einfluss aller möglichen Ursachen des Irreseins erlitten hat. —

Was die Wirkung der verschiedenen neueren Gefängnisssysteme auf die psychische Gesundheit der Verbrecher betrifft, so scheint es, dass die strenge Zellenhaft, ohne Unterschied durchgeführt, die Zahl der psychischen Erkrankungen erhöht, dass manche Individuen solche gar nicht ertragen, und dass besonders sehr reizbare und schon psychisch halb gestörte Menschen hierbei leicht in Hallucinationen, Aufregung und Irresein verfallen; es scheint auch, dass Weiber und ganz ungebildete Individuen die Einzelhaft weniger ertragen.

Erfahrungen über beträchtliche Vermehrung der psychischen Erkrankungen, als in bisher gemeinsamen Gefängnissen die strenge Zellenhaft eingeführt wurde, machte man in Lausanne (Verdeil 1842) und in Toscana. Dagegen liess sich in dem vortrefflich geleiteten Zellengefängnisse von Bruchsal nach den Mittheilungen von Füsslin ein schlimmer Einfluss auf die geistige Gesundheit der Sträflinge nicht erkennen. In dem gleichfalls musterhaften Pentonville (London) kommen — nach Parrish — auf 1000 Gefangene nur 13 Fälle psychischer Erkrankung; die Zellenhaft dauert aber dort nie über 18 Monate. — Aus den sehr interessanten Mittheilungen von Delbrück geht hervor, dass psychische Erkrankungen in den Gefängnissen mehr bei Verbrechern aus leidenschaftlichen Motiven, als bei Eigenthumsverbrechern, und zwar bei weitem am häufigsten nach Mord, Todtschlag, sodann nach Nothzucht und Brandstiftung vorkommen.

Es lassen sich zwei Hauptkategorieen von Verbrecherwahnsinn unterscheiden: 1. Fälle, wo ein vereinzeltes, grosses Verbrechen, wie Mord u. dgl., mit seinen Folgen später eine Seelenstörung erzeugt; 2. wo Gewohnheitsverbrecher bei vorhandener Disposition mit der Zeit irre werden. Im ersteren Falle tritt die einzelne verbrecherische That deutlich als wesentliche Ursache des Wahnsinns auf, bestimmt die Artung der Krankheit und den Inhalt des Deliriums. Im zweiten giebt mehr die ganze Verbrecherpraxis mit den Zuchthausgewohnheiten dem Krankheitsbilde ein eigenthümliches

Gepräge. In den Wahnvorstellungen zeigt sich oft die Tendenz, das Verbrechen zu beschönigen oder ganz zu negiren, oder sich die baldige Freiheit vorzuspiegeln; die Erwähnung des Verbrechens ruft bei den Irren erster Kategorie gewöhnlich leidenschaftliche Erregung oder Angst mit Zunahme der verrückten Reden hervor; Arbeitsverweigerung, Excesse, Widersetzlichkeit sind natürlich bei diesen irren Gefangenen an der Tagesordnung.

Die gemeinschaftliche Haft bringt im allgemeinen chronische, schlecht heilbare Psychosen zu Stande, die Einzelhaft dagegen zahlreichere, aber acute und leicht in Heilung übergehende. Am häufigsten sind unter letzteren acute hallucinatorische Dysthymieen, meist verbunden mit Angstanfällen. Die Hallucinationen des Gehörs überwiegen die des Gesichts an Häufigkeit. Die zweite Form bietet die acute hallucinatorische Verrücktheit mit Verfolgungs-, Grössen-, religiösen, sexuellen Wahnideen. Am seltensten zeigt sich die acute hallucinatorische hyperthymische Form mit hochgradigen Aufregungszuständen bei tief gestörtem Bewusstsein.

Nach den Beobachtungen Sémals in den Jahren 1865—1884 kommen in Belgien auf 900,000 Detinirte 517 Geisteskranke; von diesen waren 222 Angeklagte und 295 Verurtheilte. Von letzteren konnte man nur bei 18 mit voller Sicherheit der Zellenhaft die Schuld an der Entstehung der Geisteskrankheit beimessen, und auch bei diesen musste noch die durch die Verurtheilung hervorgerufene Depression, die Aenderung der Lebensweise und der Ernährung in Rechnung gezogen werden. Die wahren Ursachen der bei Gefangenen beobachteten Geisteskrankheiten sind die Heredität oder die erworbene Disposition (43% der Fälle). In der grossen Mehrzahl ist daher das Isolirungssystem in nicht höherem Grade psychopathogen als die Haft überhaupt. Verhängnissvoll wird die Einzelhaft nur im Verlaufe der ersten Monate mit Rücksicht auf die durch die Verurtheilung gesetzte Depression und den Wechsel der Lebensweise. Schon kurze Untersuchungs- und Strafhaften reichen daher aus, um bei disponirten Individuen — und dieses sind die meisten — Geistesstörung hervorzurufen. Je länger die Haft dauert, um so weniger ist sie in dieser Hinsicht wirksam. Die durch die Haft bewirkte Geisteskrankheit zeigt neben Depression des Charakters besonders Gehörstäuschungen, deren vorwiegende Häufigkeit und wunderbare Gleichheit auch Kirn hervorhebt.

V. Geschlecht.

§. 213.

1. Im Allgemeinen. Die Zahl der geisteskranken Frauen überwiegt die der Männer, weil die Psychosen des weiblichen Geschlechts viel latenter und länger verlaufen, auch die Lebensdauer der Kranken

eine längere ist. Bei den Männern führen die Paralyse und der chronische Alkoholismus rasch zum Tode. Dass die grösste Frequenz des Irreseins bei ledigen Weibern in die Zeit des 25. bis 35. Lebensjahres fällt, d. h. in die Zeit, in welcher die Blüthe und damit die Lebenshoffnungen schwinden, ist wohl daraus zu erklären, dass das Weib, welches im idealen Sinne von Natur aus geschlechtlich bedürftiger als der Mann ist, keine andere ehrbare Erfüllung dieses Bedürfnisses kennt, als die Ehe (v. Krafft-Ebing). Die Ehe ist für das Weib die einzige Versorgung; kommt diese nicht zu Stande, so ist leicht, besonders bei dazu disponirten Individuen, die Gelegenheit für Hysterie und verwandte Zustände gegeben.

Zwischen dem 16. und 35. Lebensjahre ist die Morbidität des weiblichen Geschlechts eine etwas höhere als die des Mannes, bis zum klimakterischen Alter nimmt die Morbidität relativ und absolut ab und steigt dann wieder vom 45. bis 55. Jahre; zwischen dem 61. und 65. Lebensjahre ist sogar eine absolute Zunahme der Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht nachzuweisen, die im späteren Alter wieder einer Abnahme Platz macht. Jedenfalls ist nach der Statistik die Häufigkeit des Irreseins bei beiden Geschlechtern nahezu dieselbe.

Savage (l. c. p. 29) hat eine beträchtliche Zunahme der Paralyse an Frauen der mittleren Gesellschaftsklasse beobachtet. In den meisten Spitälern ist ein Ueberschuss von weiblichen Kranken, doch muss man dabei berücksichtigen, dass diese anscheinend leichter genesen, aber auch häufigeren Rückfällen ausgesetzt sind.

2. Die Liebe. Am meisten ist das weibliche Geschlecht durch Täuschungen in der Liebe gefährdet, und zwar spielt die verschiedene Höhe des Alters eine gewichtige Rolle. Die Wirkung, welche unerwiderte Zuneigung oder erloschene Leidenschaft auf den geistigen Zustand ausüben, wird erheblich verstärkt durch die Betheiligung erblicher Belastung. Für ein verführtes oder im Stich gelassenes Mädchen ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung beträchtlich grösser. Im Allgemeinen steht es fest, dass psychische Affecte nur unter Voraussetzung chronischer Einwirkung ätiologisch in Betracht kommen. (Savage l. c. p. 66s.)

3. Geistige Störung bei Verlobten. Die Krankheit kommt bei beiden Geschlechtern gleichmässig vor, am häufigsten bei belasteten Individuen oder solchen, die schon anderweitig an nervösen Störungen litten, meist in den dreissiger Jahren. Masturbation, aber auch geschlechtliche Abstinenz sind ätiologisch wichtig. Symptome sind plötzliche Reizbarkeit, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Dyspepsie und Anämie. Bei Frauen besteht zuweilen eine Störung der Gefühle durch Sicheinbilden von angeblicher Unkeuschheit. Die Therapie besteht in Trennung

und energischer somatischer Behandlung auf mindestens 3 Monate (Savage, Journal of mental science Okt. 1888).

4. Die Ehe. Das Irresein ist nach v. Krafft-Ebing (l. c p. 158) viel häufiger bei Ledigen als bei Verheiratheten. Die besseren hygiënischen Verhältnisse des Ehelebens und der geregelte Geschlechtsverkehr wirken hier prophylaktisch. Andrerseits kann die Ehe die Anlage zur Seelenstörung vorbereiten, wenn sie dem Manne oder der Frau eine Quelle anhaltender, intensiver psychischer Kümmerniss wird.

Bei den Irren finden wir unter den Männern mehr unverheirathete, unter den Weibern mehr Ehefrauen, eine Thatsache, welche sich wohl allein aus dem Heirathen des weiblichen Geschlechts in einem früheren Lebensalter erklären lässt. Auch unter den verwittweten Kranken prädominirt das weibliche Geschlecht. Trifft die Frau Unglück und Tod oder Krankheit des Gatten, so kommen zu der Sorge um das tägliche Brod noch der Kummer, der Verlust ihrer gesellschaftlichen Stellung, das Aufhören geschlechtlicher Befriedigung hinzu, Momente, welche genügen, viele aus dem psychischen Gleichgewicht zu bringen. —

ZWEITES CAPITEL.

Die individuelle Prädisposition.

I. Die Erblichkeit.

§. 214.

Die vornehmste Ursache für die Entstehung von Psychosen ist die Uebertragbarkeit psychopathischer Dispositionen durch die Zeugung (v. Krafft-Ebing l. c. p. 174). Die Inzucht, wie sie in aristokratischen Kreisen und gewissen religiösen Gemeinschaften, z. B. Juden, Sectirern, besonders bei Quäkern vorkommt, befördert die Vererbung psychischer Krankheiten. In dem Irrenhause bei York, das für die letztere religiöse Secte bestimmt ist, liess sich directe Erblichkeit bei einem Drittel der Kranken, indirecte (Geisteskrankheit von Seitenverwandten) bei einem weiteren Sechstheil, also beides zusammen in der Hälfte der Fälle nachweisen. — Die stets progressive Uebertragung führt endlich zu den eigentlichen degenerativen Formen Morel's, zu Imbecillität und Idiotismus, und mit der geringen Fortpflanzungsfähigkeit der Individuen letzterer Art erlischt endlich ein solches Geschlecht ganz (cf. p. 267).

Bei Ehen Blutsverwandter fanden Boudain und Menière Sterilität, Fehlgeburten, neuropathische Constitution und Neigung zu constitutionellen Krankheiten, ferner Monstrositäten (Spina bifida, Taubstummheit). Sittlicher Mangel, Neigung zu Verbrechen, Zustände von Geistes-

schwäche sind die gewöhnlichen Folgen solcher Ehen. Vier Arten der Vererbung von Krankheiten sind hier zu nennen:

1. Die directe Uebertragung. Die körperliche und geistige Organisation vererbt sich von der ersten auf die dritte Generation: Atavismus.

Bei Annahme einer Familienanlage sind nicht nur die Fälle zu zählen, wo die Eltern oder Grosseltern geisteskrank waren, sondern wo auch Irresein bei näheren Seitenverwandten (Oheimen, blutsverwandten Vettern) nachzuweisen ist, wenn man bedenkt, wie es fast immer, ausserhalb der erblichen Disposition, noch weiterer Ursachen zum Ausbruch des Irreseins bedarf, wie daher die vorhandene Anlage aus Mangel solcher weiterer Momente gerade bei den nächsten Anverwandten ruhend bleiben, ihr Vorhandensein aber sich an nahen Seitenverwandten deutlich erweisen kann.

Unmittelbare Vererbung zeigt sich in dem Ereigniss, wenn Mutter und Tochter z. B. am Irrsinn im Wochenbett erkranken, ebenso wenn die Seelenstörungen bei mehreren Geschwistern im Wesentlichen denselben Charakter haben, zu derselben Zeit des Lebens ausbrechen und in derselben Weise z. B. durch Selbstmord endigen. Dies beobachtete Savage in einer Familie, deren Mitglieder in einem bestimmten Alter an melancholischem Schwachsinn erkrankten. Die Familie starb langsam von oben nach unten hin ab.

Nach demselben Autor wirkt die Mutter in hohem Grade auf die Tochter belastend, der Vater in der Regel in gleicher Weise auf die Söhne, wie auf die Töchter. Am grössten ist die Gefahr, wenn der Vater zur Zeit der Zeugung oder die Mutter während der Schwangerschaft an Irrsinn leidet. Kommt Irresein in den Familien beider Eltern vor, so wächst die Gefahr der Vererbung für die Descendenz bedeutend. Pathologisch-anatomische Veränderungen des Centralnervensystems der Eltern, wie Verletzungen oder degenerative Processe im Gehirn haben bei den Kindern Geistesstörung zur Folge (Savage l. c. p. 48 s.). Auch hier gilt das Gesetz, je näher die Zeugung der Schädigung liegt, um so grösser ist die Gefahr. Sind die Eltern beide psychopathisch, so vererbt sich die Psychopathie in schwererem Grade, und zwar haben Hirn- und Nerven-Erkrankungen immer Demenz und Degeneration zur Folge. Aus dieser Betrachtung heraus habe ich es versucht, ein hereditäres Irresein als klinische Form aufzustellen.

Baillarger hat durch eine 453 Fälle umfassende Statistik gezeigt, dass sich das Irresein öfters — und zwar um $1/3$ häufiger von der Mutter als vom Vater — auf die Kinder forterbt; er fand zugleich, dass bei geisteskranker Mutter eher mehrere Kinder befallen werden, dass die Forterbung der Disposition auf die Söhne von der Mutter und vom Vater fast gleich oft geschieht, dass dagegen die Töchter ihre Anlage noch einmal so oft von der Mutter als vom Vater erben. Viele Erfahrungen zeigen weiter, dass Kinder, welche geboren wurden, ehe bei ihren Eltern die Geisteskrankheit zum Ausbruch kam, seltener erkranken als solche, welche zuerst nach dem Ausbruch des Irreseins gezeugt wurden. Zuweilen indessen kommen auch Fälle vor, wo die Kinder

zuerst, vor den Eltern, erkranken, indem eine Menge den Ausbruch begünstigender Ursachen bei jenen zusammentrifft, während diese durch ein glücklicheres Geschick bis in ein höheres Alter solchen weiteren ursächlichen Einflüssen entgingen.

Morel, der die Verhältnisse der Erblichkeit von umfassendem Standpunkt und mit sinnigem Verständniss untersucht hat, unterscheidet folgende Haupterscheinungsweisen der erblichen Seelenstörungen: 1) Solche, die sich vorzüglich als extreme Steigerungen des nervösen Temperaments der Eltern aussprechen. 2) Solche, wo sich die Störung überwiegend in schlimmen Neigungen, Excentricitäten, Verkehrtheiten aller Art bei mehr erhaltener Intelligenz, weit mehr in irren Handlungen als in Irredenken und Irrereden äussert. 3) Solche, wo schon mehr und mehr Beschränktheit im intellectuellen Leben, geistige Trägheit und Schwäche besteht, sehr gewöhnlich verbunden mit grosser Schwierigkeit, seine Handlungen nach nützlichen und sittlich werthvollen Zwecken einzurichten; öfters finden sich daneben alle Arten schlimmer Neigungen, zuweilen auch schon Kleinheit des Schädels und Sterilität. Endlich 4) der eigentliche von Haus aus bestehende Blödsinn, die Imbecillität bis zu den höchsten Graden des Idiotismus und Cretinismus; oft mit Rudimentärbleiben der Genitalien, mit Taubstummheit, Klumpfuss etc. Alle diese verschiedenen pathologischen Zustände sind nach Morel Zweige eines Stammes in einzelnen Familien; sie werden beseitigt durch stete Erneuerung des Bluts aus ganz gesunden Familien, gesteigert und zu den äussersten degenerativen Formen fortentwickelt durch Weiterverheirathen in derselben Familie, durch hinzutretende Trunksucht einzelner Erzeuger etc. Als allgemeine, diagnostische Charaktere der hereditär angelegten Geisteskrankheiten können nach demselben Autor hauptsächlich folgende Umstände betrachtet werden: Ein solches Irresein bricht meistens schnell auf geringfügige äussere Ursachen aus, es besteht häufig in überwiegendem Gemüthswahnsinn mit relativ intacter Intelligenz, es kommen bedeutende Remissionen und Exacerbationen vor; starke Hallucinationen und paralytischer Blödsinn sind ziemlich selten, dagegen ist viel Neigung zu verrückter Ausbildung der Wahnvorstellungen vorhanden. In noch relativ gesundem Zustand zeichnen sich solche Individuen durch ihre grosse gemüthliche Reizbarkeit und damit durch ihre grössere Abhängigkeit von den Einflüssen der Aussenwelt, oft durch allerlei Originalitäten, zuweilen neben intellectueller und gemüthlicher Verschrobenheit durch einseitige ausserordentliche Fertigkeiten aus.

2. Vererbung der Disposition. In der Regel wird nicht die wirkliche Krankheit, sondern nur die Disposition dazu übertragen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 175). Die Anlage braucht bei der übertragenden Person nicht zur Entwicklung zu kommen; ebenso können geisteskranke Eltern Kinder zeugen, die vom Irresein frei bleiben, während es in der nächsten Generation zur vollen Entwicklung gelangt.

Pathologische Charaktere, wie Schwärmer, excentrische Köpfe, Hypochonder, wirken immer belastend auf ihre Nachkommenschaft ein. Die Vererbung zeigt sich als gleichartige Färbung oder als Transformation der psychischen Verfassung. Man sieht nicht selten, dass in einer Familie einzelne Mitglieder am Irresein, andere an verschiedenen Neurosen, Epilepsie, an schwerer Spinalirritation, Hysterie, Neuralgieen u. dgl. leiden. Die psychische Depravation nimmt so, durch die mannigfaltigsten, wechselnden Formen hindurch ganz allmählich progressiv zu und führt schiesslich zum Aussterben des Geschlechts, wie ein Beispiel von v. Krafft-Ebing (l. c. p. 177) zeigt: 1. Generation: Nervöses Temperament, sittliche Depravation,

Excesse. 2. Generation: Neigung zu Apoplexie und schweren Neurosen, Alkoholismus. 3. Generation: Psychische Störungen, Selbstmord, intellectuelle Unfähigkeit. 4. Generation: Angeborene Blödsinnsformen, Bildungs-, Entwicklungshemmungen.

Rush erzählt den Fall eines Mechanikers, der zweimal Anfälle von Irresein hatte, wovon der letzte sein Leben endigte. Alle seine sechs Kinder litten an Kopfweh, allein keines zeigte je eine Spur von Verrücktheit.

Auch in denjenigen Fällen ist eine ursprüngliche anomale Disposition nicht zu läugnen, wo die Eltern oder eines derselben zwar nicht an Irresein litten, aber eine auffallende Ueberspanntheit des Charakters und der Neigungen, eine besondere Heftigkeit oder Leidenschaftlichkeit zeigten, ebenso da, wo mehrere Selbstmorde unter den nächsten Blutsverwandten vorfielen. Denn der Selbstmord ist ebenso oft das Symptom einer ausgebrochenen Geisteskrankheit als eines organisch bedingten Lebensüberdrusses, der den primitiven Formen des Irrsinns beizuzählen ist. Die Neigung dazu wird unmittelbar und ganz auffällig von einer Generation auf die andere übertragen. Es sind Fälle beobachtet, in denen ein Familienmitglied nach dem anderen, manchmal in demselben Lebensjahr, trotz ganz verschiedener klimatischer und socialer Verhältnisse, durch Selbstmord endete.

Lautard (Oppenheim. Zeitschr. Bd. XXI. p. 16) erzählt folgenden Fall: Mann und Frau, ersterer 42, letztere 36 Jahre alt, werden geisteskrank und endigen durch Selbstmord, jener durch den Strang, diese im Wasser. Sie hinterlassen 3 Kinder. Die älteste Tochter vergiftet sich im 24. Jahre, nachdem sie längere Zeit in Prostitution gelebt; der Sohn erwürgt sich im 21. Jahre, eines Meuchelmordes angeklagt; die jüngste Tochter stürzt sich im 6. Monat schwanger, von einem Dache herab; sie hinterliess einen Sohn, der schon sehr jung öfters ins Gefängniss gesteckt wurde und dann als Abenteurer nach Egypten ging.

Fräulein M. von Orotava, 30 Jahre alt, aus einer altspanischen, adeligen, nie durch eine Mesalliance verunreinigten Familie, ist geisteskrank in der Form eines periodischen Wechsels von Melancholie und Manie mit Neigung zum Selbstmord. Ihr Grossvater starb durch Selbstmord im 50. Lebensjahr. Von seinen 3 Söhnen endigten zwei schon in jugendlichem Alter, aus Liebeskummer, selbst ihr Leben. Der dritte, der Vater des Fräulein M. zeigt solche Bizarrerien und Launen, dass man ihn für nahezu geisteskrank halten muss. Sein Sohn, der einzige Bruder der M., stürzte sich im 20. Jahre ins Meer, aus Verzweiflung über die Untreue einer Geliebten; ihre Schwester zeigt, in den glücklichsten Lebensverhältnissen, einen so düsteren Charakter, dass man ihr dasselbe Schicksal prophezeit.

Zuweilen aber begegnet man auch in solchen Familien, wo einzelne Mitglieder an Irresein leiden, anderen von ausgezeichneter, hervorragender Intelligenz mit oder ohne Excentricitäten. Wir können zwei solche Beispiele grosser wissenschaftlicher Celebritäten aus unseren Tagen anführen; es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine grössere Erregbarkeit der cerebralen Processe und eben jene geistigen Eigenthümlichkeiten, welche dort zur Ueberspanntheit und Bizarrerie werden, hier, bei günstigen äusseren Umständen und ungetrübter körperlicher Gesundheit, sich als erhöhte Activität und Energie der Intelligenz und als Originalität des Denkens aussprechen. Cf. Einleitung.

3. Verbrecherische, lasterhafte Neigung. Lasterhafte Lebensführung steht zur Vererbung des Irreseins in enger Beziehung. Es ist erwiesen, dass Kinder sonst nüchterner Eltern, die im Rausche gezeugt worden sind, in hohem Grade zur Geistesstörung, überhaupt zu Nervenkrankheiten disponirt sind. Diese schlimme Interferenzwirkung kann sich sogar schon von Geburt an als angeborener Schwach- und Blödsinn geltend machen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 177). Die Nachkommenschaft der Alkoholiker zeigt eine gesteigerte Convulsibilität und beträchtlichere Vulnerabilität, die sich von leichten maniakalischen Reizzuständen an bis zu den schwersten atrophischen cerebralen Processen äussern (ibid.). Der chronische Alkoholismus der Eltern vererbt sich weiter in Form von ausgesprochenen psychischen und motorischen Ausfallserscheinungen, welche das ganze Leben hindurch andauern. Bei der Epilepsie ist ebenso wie beim Alkoholmissbrauch in der Nachkommenschaft die Erkrankungsform eine sehr variable. Andererseits können Charakterschwäche und excessive Leidenschaftlichkeit, durch welche so häufig die Forterbung vermittelt wird, unter einem Zusammenwirken unglücklicher Umstände verbrecherische Handlungen erzeugen. Und so sehen wir zuweilen in solchen Familien Irresein, Selbstmord, Verbrechen, durch den inneren Zusammenhang der Charakteranlage mit einander verbunden, auf eine tief beklagenswerthe Weise wechseln.

4. Angeborene Disposition, Entwicklungs-Störungen. Die classische Paralyse führt nicht auf Grund erblicher Disposition zum Irresein, sondern die Kinder von Paralytikern besitzen, sind sie nach Ausbruch der Paralyse gezeugt, Anlage zur Idiotie; oder sie bekommen, bleiben sie als Kinder gesund, später gewöhnliche Psychosen.

Zu den Zuständen, welche sich auf einer angeborenen oder erworbenen Krankheitsanlage entwickeln, ist die Genialität zu rechnen, welche man wie eine „affection névrose“ betrachten kann (v. Krafft-Ebing ibid.). Ebenso ist, was man Originalität mit Schrullen und Sonderbarkeiten des Charakters nennt, nur Resultat einer abnormen geistigen Entwicklung. Das typische Bild eines solchen abnormen Entwicklungsprocesses ist die Frühreife der Wunderkinder (cfr. Einleitung). Hierher sind zu rechnen die Säufer, Opio- und Morphiophagen, die hysterischen Entartungen, die conträren Sexualempfindungen, das Irresein der Mystiker, die psychischen Entartungen (impulsives, periodisches, moralisches Irresein, verbrecherischer Wahnsinn, Irresein der Vagabunden und Bummler.

Angeborene Mängel der Sinnesorgane haben einen sehr deutlichen Einfluss auf die psychische Entwicklung des Individuums. Ein blinder und zugleich taubstummer Mensch ist mit Nothwendigkeit ein Idiot (Savage l. c. p. 96). Menschen, deren Auffassungsfähigkeit durch Vernichtung oder mangelhafte Entwicklung der Sinne verkümmert ist, sind

im Allgemeinen schwachsinnig, besonders wenn sie bis zum 11. Jahre etwa ohne Unterricht geblieben sind und vernachlässigt wurden.

Nach Savage bedingt der angeborene Mangel eines Sinns eine Neigung zum Irresein und Schwachsinn, und zwar sowohl direct in Einbusse an Kenntnissen als indirect, dadurch dass er die Kranken nach anderen Richtungen hin empfindlicher macht. Jede Missbildung hat die Neigung, das Denken und Fühlen eines Kranken beständig auf sich selbst hinzulenken, was in jedem Falle gesundheitswidrig ist. Bei solchen Menschen entwickelt sich dann oft Geistesstörung mit Verfolgungsideen; sie bilden sich ein, dass sie ein Gegenstand des Hohns und Witzes für die Gesellschaft sind.

Berauschtheit während des Zeugungsactes, heftige Gemüthsbewegung der Mutter intra graviditatem rufen psychopathische Disposition hervor. Schleichende Krankheiten der Mutter, wie Wechselfieber, Ruhr, Scorbut, Pellagra, haben vor Allem einen Einfluss auf die Entwicklung des Fötus, ebenso auch Klima (Cretinismus), Wohnung, Nahrung, Kleidung. Ferner ist wichtig der Genuss von Opium, Morphium, Chloral; Bier und Wein in grösseren Dosen haben weniger Einfluss als man glaubt. Die Entzündungen des Gehirns beim Embryo, die zu Hydrocephalus führen können, die Erkrankungen der Schädelknochen sind ebenso wichtig als Erkrankungen des Blutgefässsystems, welche Hemmungsbildungen zur Folge haben. Infolge von Anomalieen der Blutmischung kommt es zu Ernährungsstörungen des Nervensystems. Einen ähnlichen Einfluss haben alle Erkrankungen wichtiger Organe, wie der Nieren und des Darmes. Ferner sind wichtig alle somatischen Momente, wie ungenügende Ernährung, hohes oder sehr jugendliches Alter der Eltern, endlich Krankheiten dieser letzteren oder des Fötus.

II. Erworbene Prädisposition.

§. 215.

1. Gemüthsart, Temperament, Charakter. Das sogenannte nervöse Temperament, oder die nervöse Constitution, ist eine zu Geistesstörung disponirende Gemüthsverfassung, die eine nahe Verwandtschaft mit Irresein zeigt (Savage l. c. p. 51). Man findet dieselbe bisweilen bei allen Mitgliedern einer Familie, welche dann an verschiedenen Neurosen leiden. Ausser der directen Vererbung scheint auch die Kreuzung von Gliedern schwindsüchtiger Familien mit solchen aus Familien, die an anderen degenerativen Krankheiten leiden, eine nervöse Constitution zu erzeugen, die sich in der Neigung zum Zusammenbruch des Nervensystems äussert. Gemüth, Temperament und Charakter sind bei den einzelnen Menschen sehr verschieden und unterliegen innerhalb der Gesundheitsbreite weiten

Grenzen. Der Charakter, d. i. die Art und Weise, wie ein Individuum gewöhnt worden ist durch Erziehung im Haus und Leben, gegebenen Falles seine Strebungen einzurichten (Arndt l. c. p. 83), bildet sich in derselben Weise, wie das Individuum sich entwickelt. Ein unveränderlicher Charakter weist auf grosse Starrheit, auf einen Mangel an Erregbarkeit und damit wieder auf eine mehr oder minder grosse Beschränktheit hin (ibidem). Jedoch ist eine auffällige und jähe Charakteränderung immer als ein Zeichen psychischer Erkrankung anzusehen, besonders wenn die niedrigen Triebe gegenüber der Herrschaft des Willens zum Durchbruch kommen. Die Selbstbeherrschung, d. i. das Vermögen, die Triebe durch den Willen zu zügeln, ist das, was den gesunden von dem kranken Menschen auszeichnet. Der Verlust der Besonnenheit ist ein Cardinalsymptom psychischer Erkrankung. Es giebt eine ausgesprochene melancholische Gemüthsart, dagegen nicht die Anlage zu acuter Manie.

2. Erziehung.[1]) Die Richtungen, die im zarten Alter das Vorstellen und Wollen des Individuums annimmt, sind entscheidend für sein ganzes Leben, und hier ist als ein erstes, wichtiges Moment der Einfluss des Beispiels der Eltern auf das Kind zu erwähnen. Mit Ideler sind wir auch der Ansicht, dass es Fälle erblichen Irreseins giebt, die es weniger durch Uebertragung einer organischen Disposition als durch eine spätere psychische Fortpflanzung von Charakter-Eigenthümlichkeiten geworden sind, indem der Nachahmung des Kindes das Beispiel gewisser Excentricitäten, gewisser bizarrer und verkehrter Lebensansichten und Richtungen geboten wird. Auf diesem Wege wird sehr häufig die Hysterie von der Mutter auf die Töchter übertragen. Zerrütten derartige Verhältnisse das Familienleben, so wird dadurch das Zusammenwirken jener günstigen Umstände verhindert, welche für eine harmonische Entwicklung des kindlichen Charakters wesentliche Erfordernisse sind. Die eigentlichen Erziehungsfehler betreffen einmal eine allzufrühe intellectuelle Anstrengung, bei welcher die gesunde körperliche Entwicklung gehemmt, das Gehirn überreizt und der Keim zu späterer Kränklichkeit gelegt wird. Noch wichtiger sind ungünstige und verkehrte Einflüsse auf die Empfindungsweise und die Willensrichtung des Kindes. So wird durch übermässige Härte, durch anhaltende Kränkung, Demüthigung und Gemüthsmisshandlung die Entwicklung der natürlichen, wohlwollenden Neigungen gehemmt und die zartere Empfindung erdrückt. Damit wird schon frühe ein schmerzlicher Widerspruch mit der Aussenwelt in dem Individuum gesetzt; und namentlich scheint bei einzelnen Naturen, indem sie mit ihren nicht so bald bezwingbaren, wohlwollenden Neigungen, mit ihrem Liebebedürfniss zur Flucht in eine

---

[1]) Cf. Savage, Lehrbuch p. 26; Kraepelin, Lehrbuch p. 58 u. A.

imaginäre Welt genöthigt werden, ein verderblicher Hang zur Phantasterei geweckt und genährt zu werden. Fast noch verderblicher auf das Kind wirkt endlich jene allzu grosse Nachgiebigkeit von Seiten der Eltern, welche die eigensinnige und zügellose Entwicklung aller Neigungen und Lüste zulässt, wo das Individuum keinen Schmerz ertragen lernt, jeder Selbstbeherrschung und Entsagung unfähig wird, und nur ein weicher schwacher Charakter zu Stande kommen kann; früher oder später ist dann ein schroffer Zusammenstoss mit dem Leben unvermeidlich, und heftige Leidenschaften und Affecte mit ihren gesundheitsstörenden Einwirkungen können nicht ausbleiben.

3. Geistige Ueberanstrengung und Ueberbürdung[1]) unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen ist ganz geeignet, ein in der Entwicklung begriffenes jugendliches Gehirn zu erschüttern. Sie ruft aber nur bei bestehender neuropathischer Constitution, bei erblicher Belastung oder in Verbindung mit andern Schädlichkeiten Irresein hervor.

Eine gewisse Frühreife ist bei solchen Individuen nicht selten, deren Erziehung noch dazu meist durch unverständige Eltern falsch geleitet wird. Am meisten Schaden thut eine Ausbildung, welche nicht im Einklange mit der Umgebung und den Verhältnissen des Individuums steht. Gesteigerte Bildung begünstigt wohl nur insoweit die Zunahme des Irreseins, dass sie übermässigen Ehrgeiz erzeugt, fieberhaftes Jagen nach Gewinn und Vergnügen, Anhäufung in den Städten, Ehelosigkeit, religiöse Gleichgültigkeit und Unglauben, dazu Vernachlässigung der Grundsätze der Gesundheitslehre.

Bei Dichtern, Schauspielern und Künstlern tritt wohl deshalb eine Psychose leichter ein, weil solche feiner organisirten Menschen auf Grund ihrer angeborenen neuropathischen Anlagen eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen Reize zeigen.

4. Streberthum. Auch thörichter Ehrgeiz, der nach Unerreichbarem strebt, führt, besonders wenn der Erfolg den Erwartungen nicht entspricht, leicht zu geistiger Erschöpfung. Es sind meist junge Individuen, welche dann nicht selten in einen Zustand psychischer Hypochondrie fallen, aus dem sich eine schwere Psychose entwickeln kann.

5. Häuslicher Kummer[2]) ist eine wichtige Ursache für Psychosen, weil er stetig, Tag ein Tag aus, von Stunde zu Stunde ohne Unterbrechung wirkt. Es tritt zuerst ein Zustand körperlichen Unbehagens ein, der sich in einer Störung der normalen Functionen der Organe äussert; ferner bildet sich im Nervensystem ein Grad allgemeiner Spannung aus, der schon als ein gefährliches Moment zu betrachten ist.

---

[1]) Cf. Kraepelin p. 174, v. Krafft-Ebing p. 182, Savage p. 59s.

[2]) Savage p. 54.

Trauer und Schmerz als Theilerscheinung häuslicher Sorgen sind ebenfalls von grosser Wichtigkeit. Ein plötzlich eintretendes trauriges Ereigniss erzeugt oft nicht nur psychische Niedergeschlagenheit in der klinischen Form der Dysthymie, sondern eine geistige Störung unter dem Bilde einer acuten maniakalischen Erregung; andererseits kann der Schlag plötzlich betäuben, und nach einem leichten Anfall von Bewusstlosigkeit entwickelt sich bei vollständiger Amnesie unheilbare Demenz.

6. Die pathologischen Affecte unterscheiden sich von den ähnlichen psychologischen durch totale Aufhebung des Selbstbewusstseins, welche einerseits für den Augenblick complette Besinnungslosigkeit involvirt, andererseits Amnesie hinterlässt (cf. Emminghaus l. c. p. 286 u. 381 f.). Bei den normalen Affecten ist das Selbstbewusstsein nicht gänzlich suspendirt, es ist noch Beherrschung und hinterdrein Sammlung und Klärung des umnebelt gewesenen Bewusstseins vorhanden. Auch die Dauer der pathologischen Affecte ist in der Regel länger als bei nicht krankhaften. Aehnlich ist es mit dem Irrthum des Gesunden; er kann erheblich sein, doch wird derselbe durch die besonnene Kritik bald beseitigt. Der Irrthum des psychisch Kranken haftet, er vervielfältigt sich durch weitere auf ihn gebaute Schlüsse.

Pathologische Affecte depressiver oder exaltativer Natur werden Ernährung, Circulation, Lebensweise und Schlaf dauernd stören und dadurch im weiteren Verlaufe auch psychische Störungen zur Reife bringen. Die depressiven Affecte erzeugen die mächtigsten und nachhaltigsten Stürme im Menschenleben, während die höchsten Grade der Freude rasch verklingen und in die normalen Bahnen übergehen. Infolge von Angst und Verzweiflung entstehen die depressiven, nach zornigen Affecten die furibunden Aufregungszustände; unter dem Einfluss des Schreckens entwickeln sich zumeist stuporöse Formen psychischer Störungen. Die Psychose schliesst sich entweder unmittelbar an die Gemüthsbewegung an oder stellt sich, was häufiger ist, erst nach mehreren Tagen ein.

Schliesst die lebhafte Erregung des Gehirns die Möglichkeit des Ruhens und des gehörigen Ersatzes verbrauchten Ernährungsmaterials aus, so bilden sich nothwendig fortschreitende krankhafte Veränderungen heraus, welche immer tiefere Störungen der psychophysischen Leistungen heraufführen. Dazu kommen Elend, Entbehrung, schlechte Ernährung und andere Schädlichkeiten, so dass im Einzelfalle der Antheil der verschiedenen Ursachen am Zustandekommen des psychischen Gesammtresultats nicht festgestellt werden kann. Besonders deutlich illustrirt die Entwicklung der Paralyse den Einfluss geistiger Ueberanstrengung, der durch Sorgen gesteigert wird, sowie die ätiologische Bedeutung des verschärften Kampfes um das Dasein, der durch überstürzte Consumption der Gesammtkräfte des Organismus verhängnissvoll wirkt. Schreck

oder unerwartetes Unglück sind auch mitunter unmittelbare Ursachen einer Geistesstörung.

Einige Fälle von Irresein nach der Hochzeit sind auf die psychische Erschütterung durch die Hochzeitsnacht zurückzuführen.

§. 215 a.

7. Neuropathische Constitution. Man versteht darunter jenes Verhalten der Central-Organe, welches man im Allgemeinen als ein Missverhältniss der Reaction zu den einwirkenden Reizen bezeichnen kann. Dieses Verhalten kann sich nun in einzelnen Abtheilungen des Central-Nervensystems, entweder mehr im Rückenmark oder mehr im Gehirn äussern, sehr häufig thut es sich in allen nervösen Acten zugleich kund.

Im sensitiven Nervensystem bemerkt man Hyperästhesieen verschiedener Art, grosse Empfindlichkeit für Temperatureindrücke, spontanen Wechsel der Kälte- und Hitzesensation, besonders aber das Auftreten zahlreicher Mitempfindungen und ein sehr leichtes Entstehen von Schmerz. Die motorisch-nervösen Acte zeichnen sich aus durch Abnahme der ganzen Kraftgrösse, durch leichte Erschöpfbarkeit, durch Neigung zu rascheren, ausgebreiteteren, aber weniger energischen Bewegungen, durch erhöhte Convulsibilität. Auf geistigem Gebiete bemerken wir, entsprechend den beiden analogen Zuständen der Empfindung und Bewegung, einerseits die grössere psychische Empfindlichkeit, die leichtere Neigung zum psychischen Schmerz, den Zustand, wo jeder Gedanke auch zu einer Gemüthsbewegung wird, daher den raschen und leichten Wechsel der Selbstempfindung und der Stimmungen, andrerseits Schwäche und Inconsequenz des Wollens, Energielosigkeit des ganzen Strebens mit hastigen und wechselnden Begehrungen. Die Intelligenz selbst zeigt dann oft die gleiche Beschaffenheit; es sind dies jene schon als Kinder geistig sehr erregbaren, dann sich ungleichmässig entwickelnden und stets etwas Haltloses darbietenden Naturen, jene zuweilen lebhaften, schillernden Köpfe, denen es aber an Tiefe und Ausdauer fehlt, die nichts geistig durchführen, weil sie sich zu Allem als Dilettanten verhalten, bei lebhafter Phantasie jene mittelmässigen aber barocken Musiker und Poëten oder jene missrathenen Universalgenies, die bei einer gewissen Raschheit und Vielfältigkeit des Denkens nie Sammlung und Ruhe zu etwas Tüchtigem finden konnten. (Cf. §§. 39, 162 u. 214, 1.)

Auf psychischem Gebiete sind die nächsten Folgen der zu hohen Reizbarkeit, der reizbaren Schwäche sehr verschieden; viele dieser Erscheinungen lassen sich aber zunächst auf eine grössere Geneigtheit zu psychischem Schmerz zurückführen; bei der grösseren Ausbreitung der Erschütterungskreise wird das psychische Gleichgewicht eher gestört, das Ich leichter afficirt, daher überhaupt die leichtere Angegriffenheit und grössere Kränkbarkeit solcher Individuen, welche sich bald ungeduldig aufbrausend,

unduldsam gegen Widerspruch, aggressiv gegen Andere verhalten, bald, den psychischen Eindrücken ausweichend, sich spröde in sich selbst zurückziehen und, unfähig ihre Gemüthsinteressen durch die That zu befriedigen, die Wolke der Phantasie umarmen, in deren Besitz ihnen dann die Welt gemein erscheint, und sie sich zu gut und edel für dieselbe dünken. Diese verschiedenen Aeusserungsweisen derselben Grundzustände stimmen alle darin überein, dass das Missverhältniss der Reaction zu den Einwirkungen als Ueberspanntheit und Uebertriebenheit erscheint, durch die das Individuum mit seinen Launen und oft unerwartet wechselnden Reactionsweisen aus der Linie tritt und in der Welt für ein Original, einen Sonderling gilt. Solche Menschen zeigen zuweilen ängstliche Scrupulositäten und kleinliche Pedanterie (nicht ganz selten mit mechanischem Talent verbunden); andere Male Leichtsinn, Unordnungen, Unbestimmtheiten des Denkens und Handelns, bald Kälte und Apathie, bald excentrische Heiterkeit, bald Unentschlossenheit, bald Verwegenheit, höchsten Eigensinn oder stete Veränderlichkeit, Niedergeschlagenheit oder Enthusiasmus, immer aber bei aller Mannigfaltigkeit der Charaktere und der Bildungsstufen allzu heftige, andersartige und wegen des Widerspruchs mit dem Verhalten des Durchschnittsmenschen, grillenhaft erscheinende Reactionsweisen. Körperliche Störungen aller Art können diesen leidenschaftlichen, excentrischen, oft innerlich uneinigen und gespaltenen Naturen sehr gefährlich werden; sie bringen oft rasch die bestehenden Keime der psychischen Krankheit zur Entwicklung.

§. 215 b.

Solche psychischen Dispositionen kommen unzweifelhaft angeboren und namentlich angeerbt, so zu sagen häufig eben als Träger der Heredität des Irreseins vor und geben sich dann schon frühe, im Kreise des kindlichen Seelenlebens, durch sonderbare Geschmacksrichtungen, heftige Empfindlichkeit, durch Flüchtigkeit der Neigungen und des Lernens kund, so dass solche Individuen nicht selten von Anbeginn an zu Gegenständen der Verlegenheit und Betrübniss ihrer Eltern und Lehrer, zuweilen freilich auch zu Gegenständen einer unverständigen Bewunderung werden (vgl. Buch 3, Neurasthenie). Manche der, auf Selbstgeständnissen Kranker und Genesener beruhenden Beobachtungen des Verf. stimmen mit der Angabe von Foderé überein, dass mit solchen Dispositionen häufig eine zu frühzeitige Entwicklung des Geschlechtstriebes und daraus spontan entwickelte Onanie, auch frühe Hämorrhoidalkrankheit (letztere wahrscheinlich als Folge der Genitalienreizung) zusammentreffen. Auf derartigen Unordnungen beruht bekanntlich die Hysterie, welche jene Schwäche der nervösen Processe nicht nur im Spinal-, sondern auch häufig im Cerebralsystem zeigt.

Auch andere Erkrankungen, namentlich alle bedeutenden Säfteverluste, und die daraus folgenden anämischen und Erschöpfungszustände sind oft als Ursachen der erworbenen nervösen Constitution erkennbar; andere Male scheint es, dass aus localen Hyperästhesieen, indem hier dieser, dort jener Nerv lange Reizungen auszuhalten hatte, sich solche chronischen Reizungszustände der Centralorgane — wie im Tetanus — entwickeln. Es mögen dann locale Heerde und Ausgangspunkte des

Leidens in den Centralorganen bestehen, die freilich niemals anatomisch nachweisbar sein werden, vielleicht aber durch die Spinalempfindlichkeit einzelner Stellen, durch Kopfschmerzen (Affectionen des Quintus) und dergleichen annäherungsweise ihren Sitz verrathen.

In ähnlicher Weise mögen die widrigen psychischen Eindrücke, Schrecken, Kummer etc., denen wir so häufig als Ursachen der nervösen Constitution begegnen, durch aufgedrungene, plötzliche oder anhaltende Reizung grösserer oder kleinerer Abschnitte des Gehirns wirken, sofern sie nicht (siehe unten §. 218) erst durch Umwege deuteropathische Gehirnaffectionen veranlassen. Die Fälle sind verhältnissmässig selten, aber nicht zu läugnen, wo in ganz langsamer, allmählicher Entwicklung solche psychischen Anomalieen ohne weiter nachweisbare schädliche Einflüsse in entschiedenes Irresein übergehen; weit gewöhnlicher bildet die nervöse Constitution nur eine Disposition, zu der noch etwas anderes, eine wirkliche Ursache, sei es eine weitere körperliche Erkrankung oder ein psychisches Moment hinzutreten muss, damit die leichte Störbarkeit zur wirklichen Störung, die mässigeren psychischen Abweichungen zu einer wirklichen Gehirnkrankheit werden.

Durch die mit dem Fortschreiten der Cultur sich steigernden Anforderungen wird das Gehirn feiner organisirt, es wird erfindungsreicher, aber auch vulnerabler. Durch den gesteigerten Verbrauch von Nervenkraft tritt ein grösseres Bedürfniss nach Genussmitteln, Kaffee, Thee, Alkohol ein, welch letzterer am degenerirendsten auf die Gehirnsubstanz wirkt. Die Wirkung dieser Schädlichkeiten zeigt sich in dem Ueberhandnehmen der neuropathischen Constitution in der modernen Gesellschaft, „die zu viel Nerven, aber zu wenig Nerv hat.“

8. Frühere Geistesstörungen. Frühere Geistesstörungen sind für das spätere Leben auch nach völliger Wiederherstellung unzweifelhaft pathognomonisch. Für die Prognose kommt in Betracht: Ist die frühere Psychose acut durch äussere Veranlassungen aufgetreten, oder hat sie sich aus einer Disposition herausgebildet? Ferner kommt es auf die Dauer der Einwirkung einer äusseren Schädlichkeit an. Eine durch Intoxication z. B. hervorgerufene Psychose, wie die hallucinatorische Verrücktheit mit Verfolgungsideen bei Cocaïn-Vergiftung, lässt für das spätere Leben die Psyche der betreffenden Individuen, falls in ihnen nicht eine psychopathische Disposition vorhanden war, völlig intact; chronischer Morphinismus dagegen hat stets hinterher Schwachsinn und Demoralisation des Charakters zur Folge. Dasselbe gilt für die acute und chronische Alkohol-Vergiftung. Allenfalls können schwere, aber kurz verlaufende Eindrücke in dem geistigen Leben eine gewisse Disposition bedingen und eine leichtere Ansprüchsfähigkeit des Gehirns auf psychische Reize schaffen.

DRITTE ABTHEILUNG.

Die (accessorischen oder Gelegenheits-) Ursachen der psychischen Krankheiten.

ERSTES CAPITEL.

Wirkungsweise der Ursachen.

§. 216.

Obwohl die Geisteskrankheiten in der Mehrzahl der Fälle aus einem Zusammenwirken mehrer, zum Theil vieler ungünstiger Umstände entstehen, so erscheinen doch gewöhnlich einige unter diesen Momenten so besonders wichtig und wirksam, dass man sie näher als die besonderen Ursachen bezeichnen muss, oder es kommen Fälle von Erkrankung vor, die man nur der Einwirkung eines einzigen ungünstigen Verhältnisses zuschreiben kann. Bei der Besprechung dieser näheren Ursachen haben wir theils gewisse äussere Schädlichkeiten, theils die widrigen Einflüsse gesundheitszerstörender Gewohnheiten, theils gewisse abnorme organische Zustände selbst zu würdigen, welche zunächst solche Erkrankungen des Gehirns einleiten können. Es dürfte geradezu unmöglich sein, mit auch nur einiger Sicherheit die Wege anzugeben, auf denen alle diese Ursachen wirken. Erwägt man indessen einerseits die Natur der Ursachen, wie solche unten aufgezählt werden, andererseits das ziemlich Wenige, was wir von der eigentlichen Erkrankung des Gehirns beim Irresein wissen, vergleicht man endlich mit diesen beiden Reihen von Thatsachen das, was die Beobachtung der Kranken in der Zeit ergiebt, wo die Ursachen auf sie wirken, so wird man beim heutigen Standpunkt unserer Kenntnisse und Begriffe ungefähr zu folgenden Sätzen gelangen. — Die Gehirnaffection beim Irresein ist in vielen Fällen eine nicht palpable, die entweder auf blosser nervöser Irritation oder auf leichteren Ernährungsveränderungen, die bis jetzt nicht näher anzugeben sind, beruht. Oft müssen also die Ursachen auf denjenigen Wegen wirken, auf denen gerade solche impalpablen Störungen sich ergeben. — In vielen anderen Fällen ist das Irresein Symptom einer Gehirnerkrankung, deren erste Stadien wir noch nicht genau anatomisch kennen, die aber später zur Atrophie des Gehirns, zum chronischen Hydrocephalus etc. führt; es müssen dies Ernährungsstörungen sein, deren entzündliche Natur zum mindesten zweifelhaft ist. — In noch anderen aber beruht das Irresein in der That auf fixen entzündlichen

Processen in der Schädelhöhle, die wir sowohl in ihren früheren Stadien als noch mehr in ihren Residuen kennen. — Endlich scheinen Abweichungen vom normalen Blutgehalte in der Schädelhöhle eine nicht unbedeutende Rolle bei Erzeugung des Irreseins zu spielen, einestheils Anämie des Gehirns (mit verschiedenem Entstehungsmechanismus, s. später), anderntheils Hyperämieen, und letztere wieder als Theil-Erscheinungen und wesentliche Elemente von entzündlichen Processen, sowie als für sich bestehende, mit keinerlei Entzündungsvorgang verknüpfte Zustände. — Auf die Erzeugung dieser verschiedenen Kategorieen krankhafter Vorgänge wird man die Wirkung der Ursachen im Allgemeinen zurückführen dürfen, aber man wird sich sagen müssen, dass hiermit in den eigentlichen Wirkungsmechanismus der Ursachen überhaupt nur geringer Einblick gegeben ist, und dass wir nur von wenigen der einzelnen Ursachen mit einiger Sicherheit wissen, nach welcher der verschiedenen oben angegebenen Richtungen hin sie das Gehirn in Erkrankung versetzen.

ZWEITES CAPITEL.

Psychische Ursachen.

I. Wirkungsweise der psychischen Ursachen.

§. 217.

Unter den Ursachen halten wir für die häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins die psychischen, sowohl was die Vorbereitung als namentlich und hauptsächlich die unmittelbare Erregung der Krankheit betrifft; bekennen indessen, dass sich diese Ansicht nicht sowohl auf Zählungen, sondern auf den Gesammteindruck vieler Beobachtungen stützt.

Unter den psychischen Ursachen sind vor allem die vorausgegangenen leidenschaftlichen und affectartigen Zustände zu verstehen; denn es ist eine entschiedene Thatsache, dass die rein intellectuelle Ueberanstrengung, ohne begleitende Gemüthsaffection und ohne anderweitige starke Ursachen (z. B. allerlei Excesse, durch Excitantia künstlich erregte Schlaflosigkeit), nur in den seltensten Fällen zum Irrewerden führt. Solches ist dagegen von den anhaltenderen und heftigeren Gemüthsbewegungen unzweifelhaft, und es kommen unter ihnen ganz besonders die unangenehmen, widrigen und depressiven Gemüthszustände in Betracht, während die übermässige Freude allein den Irrenhäusern noch ausserordentlich wenige, vielleicht gar keine Kranken übergeben hat. Pinel war so sehr von dieser Wahrheit überzeugt, dass er immer an einen neuen Kranken zuerst die Frage richtete: Haben Sie Verdruss, Kummer, Widerwärtigkeiten erlitten? (Georget, De la Folie. Par. 1820, p. 160.) —

Im Einzelnen können diese schmerzhaften Gemüthszustände nach ihrer Art und nach ihren äusserlich gegebenen Motiven die allerverschiedensten sein; bald ist es ein plötzlich erregter Zorn, Schrecken[1]) oder Kummer über eine Beleidigung, einen Vermögensverlust, eine rohe Beeinträchtigung der Schamhaftigkeit, einen schnellen Todesfall u. dgl., bald sind es die langsam an der Seele nagenden Folgen des zurückgewiesenen Ehrgeizes, der Reue über eigene unrechtmässige Handlungen, des Hauskreuzes, der unglücklichen Liebe, der Eifersucht, der Verkennung, des gezwungenen Verweilens in inadäquaten Verhältnissen oder jedes anderen verletzten Gemüthsinteresses; immer sind es Einwirkungen, welche durch eine intensive Störung der Vorstellungscomplexe des Ich einen traurigen Zwiespalt im Bewusstsein setzen, und immer sehen wir da die stärksten Wirkungen, wo eine lange Concentration der Wünsche und Hoffnungen auf einen Gegenstand stattgefunden, wo sich der Mensch in gewisse Zustände ganz hineingelebt hatte, und wo nun mit gewaltsamer Hemmung dieser Interessen, den Vorstellungen ihr Uebergang in Strebungen abgeschnitten wird, und damit ein Riss in das Ich und ein heftiger innerer Kampf entsteht.

Der Effect solcher Gemüthsbewegungen für Erzeugung des Irreseins ist nach der Stärke des ersten Stosses, der längeren oder kürzeren Dauer, ganz besonders aber nach der vorhandenen individuellen Disposition zu beurtheilen; denn auch die grössere oder mindere Heftigkeit des ersten Eindrucks, das schnellere Wiederaufhören oder der längere Nachhall des Affects hängt zum grossen Theile von jener Disposition ab. In manchen Fällen ist es aber schon ein Zeichen dieser (im §. 215 a und b näher geschilderten) psychischen Eigenthümlichkeit, dass überhaupt solche langen und heftigen Zustände von Leidenschaft oder Verstimmung aufkommen konnten; und die eigene originäre Reizbarkeit und Leidenschaftlichkeit des Individuums, die schon vorhandene Disposition zu Affecten und zu einer baldigen Trübung der Besonnenheit war es dann selbst, die sich in seiner Vergangenheit oft als Quelle eines bis in die zarte Kindheit zurückreichenden psychischen Siechthums, oft als der Grund der späteren Handlungsweisen und Erlebnisse des Kranken nachweisen lässt, die sich ebenso gut in unordentlichem Lebenswandel, in Müssiggang, Lust an Modethorheiten und Genusssucht, in politischer Ueberspannung, wie in religiöser Schwärmerei und ascetischer Selbstquälerei oder in misslichen Lösungen von Freundschafts- oder Liebesverhältnissen, und endlich in dem moralischen Banquerott eines in Thorheiten vergeudeten Lebens kund thun konnte. Denn auf den näheren Inhalt, den die Gemüthsbewegung durch ihre äusseren Ursachen erhält, kommt am Ende wenig an; jedes Geschlecht, jeder Stand, jedes Individuum holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die Natur und die äusseren Umstände angewiesen haben, und jeder hat wieder einen andern Punkt, auf dem er am verletzlichsten ist, eine andere Sphäre, von der am leichtesten heftige Erschütterungen ausgehen; der eine sein Geld, der andere seine äussere Werthschätzung, der dritte seine Gefühle, seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie u. dgl. m. — Aber nicht nur Gemüthsaffecte und Leidenschaften, sondern namentlich auch die ihnen folgenden Erschöpfungszustände des Gefühls sehen wir häufig dem Irre-

[1]) S. zwei Beispiele von Irresein durch heftigen Schrecken entstanden bei Ellis, Traité etc. trad. p. Archambault. Par. 1840, p. 108, 109.

sein vorangehen. Wo nicht eine starke Intelligenz die Blasirtheit, die erworbene geistige Kälte und Interesselosigkeit zu beherrschen vermag, da endigen jene Seelenzustände, wo Alles kalt und schal, das Herz erstorben, die Welt leer geworden ist, gar nicht selten in dysthymischen Zuständen, Selbstmord oder tieferem Irresein.

Wenn im Allgemeinen vorzüglich die lange anhaltende Gemüthsunruhe den starken Effect auf psychisches Erkranken hat, so giebt es doch auch Fälle, wo einem einmaligen heftigen Aerger oder Zorn ein Ausbruch von psychischer Störung, namentlich ein Tobsuchtsanfall, unmittelbar folgt; besonders kommen solche auch forensisch sehr interessanten Fälle vor, wo dies noch unter dem mitwirkenden Einflusse eines geistigen Getränkes, zuweilen in sehr kleiner, sonst unwirksamer Menge der Fall ist. Nicht leicht wird solches anders, als bei Menschen mit starker Prädisposition vorkommen.

§. 218.

Die Wirkungsweise dieser psychischen Ursachen ist nun entweder eine directe oder indirecte.

Im ersten Falle werden die Gemüthsbewegungen, überhaupt die vorausgegangenen psychischen Ereignisse unmittelbar zum Ausgangspunkte der Geisteskrankheit, indem sie einen intensiven Irritationszustand setzen, der nun andauert. So kann z. B. der Schrecken, der namentlich der weiblichen Organisation gefährlich ist, unmittelbar zu einem Irresein Anlass geben, das denn auch die Hauptcharaktere der physiologischen Effecte des Schreckens[1]), jenen halb krampfhaften, halb paralytischen Zustand von Erstarrung des Denkens und Wollens, Jahre lang beibehalten kann. Andere Male werden lange fortdauernde, mässigere psychische Verstimmungen, fortgesetzter Aerger, Gram, Kummer durch directe Ueberreizung des Gehirns stationär und gehen, allmählich gesteigert, unmittelbar in das erste Stadium des Irreseins über, wobei dieses auch häufig den Einzelcharakter dieser Arten des psychischen Schmerzes beibehält. Da nun auch (nach dem vorigen §.) eben die frühere geistige Prädisposition im concreten Falle sich häufig nicht von den näheren psychischen Ursachen scheiden lässt, so sind auch die Fälle hierher zu zählen, wo längst vorhandene geistige Bizarrerieen, die dem Individuum schon lange das Prädicat eines halbnärrischen, eines grillenhaften Candidaten des Irrenhauses zugezogen, nach und nach, ohne erkennbare weitere Ursache, in ein wirkliches Irresein übergehen.

Häufiger aber entsteht das Irresein indirect, mittelbar auf einem pathologischen Umwege aus den psychischen Ursachen, so nämlich, dass diese zuerst anderweitige Abweichungen von den normalen organischen Pro-

---

[1]) Man erinnere sich der ähnlichen plötzlichen Wirkungen des Schreckens auf Erregung epileptischer Anfälle. Ebenso plötzlich kann der Zorn wirken. Es finden hier sehr rasche und intensive Wechsel in den Gesammtthätigkeiten des Hirns statt, die äusserst nachtheilig auf das Organ zu wirken scheinen.

cessen zu Wege bringen, aus denen dann erst die Gehirnkrankheit als ein secundäres Resultat hervorgeht. Man bedenke den §. 27 aus einander gesetzten Punkt, dass es eben im Wesen der Gemüthsbewegungen liegt, die Thätigkeiten der Circulations-, der Respirations-, der Verdauungs-Organe, der Blutbildung in Mitleidenschaft zu ziehen, und man wird alsbald erkennen, wie sich bei Fortdauer, bei grosser Heftigkeit der Verstimmungen und Affecte leicht bedeutendere Störungen dieser Functionen ergeben müssen, denen eben diejenigen Individuen am ehesten ausgesetzt sind, welche (vermöge angeborener oder erworbener Disposition) zu Gemüthsbewegungen auf verhältnissmässig geringe Anlässe am geeignetsten sind. Sehr häufig entsteht nun die Gehirnkrankheit erst dann, wenn sich nach längeren Schwankungen eine anderweitige, tiefere pathologische Veränderung allmählich ausgebildet und consolidirt hat; wir sehen gar nicht selten, wie z. B. nach einem widrigen Ereigniss, das zunächst allerdings die cerebralen Processe in Unordnung brachte, der Mensch geistig wieder beruhigter wird, aber nun zu kränkeln, an verschiedenen anderen Organen zu leiden anfängt, und nun erst nach Jahren, mit der immer zunehmenden Verschlechterung der ganzen Constitution, mit der Ausbildung anämischer Zustände oder anderweitiger chronischer Krankheiten, sich Seelenstörung einstellt. Besonders deutlich sind diese Wirkungen bei fortdauernden, aber innerlich verschlossenen psychischen Schmerzzuständen; jene verschluckten Thränen, jene inneren Wunden, die äusserlich lange mit Lächeln, mit Hochmuth und Lüge bedeckt geblieben sind, geben sich fast unfehlbar und meistens bald in der Ausbildung chronischer Krankheitszustände kund, denen dann erst secundär die Gehirnaffection folgt. Wir sehen, wie unter solchen Umständen der Mensch anfängt, abzumagern, wie die Verdauung schlecht, die Darmfunction geschwächt wird, wie sich Schlaflosigkeit, Palpitation, allerlei Sensibilitätsanomalieen, mässige Kopfcongestionen, ein mürrisches, hypochondrisches Wesen einstellen; wir sehen namentlich beim weiblichen Geschlecht Menostase oder Unregelmässigkeiten der Periode, Anämie, Neuralgieen und den Symptomencomplex der Hysterie auftreten; wir sehen, wie Krankheitsanlagen, die bisher geschlummert hatten, Tuberculose, chronische Herzkrankheiten u. dgl. nun geweckt oder rasch gesteigert werden, und wie erst aus diesen pathologischen Mittelgliedern zwischen erster Ursache und letztem Resultat sich als solches endlich Geisteskrankheiten ergeben. — Ein besonders wichtiges und häufiges solches Mittelglied für die psychische Erkrankung ist die anhaltende Schlaflosigkeit, welche die depressiven Affecte so oft mit sich bringen, welche das Gehirn überreizt und die Ernährung herabsetzt (cf. p. 45). Sie bietet daher auch in vorbereitenden Stadien des Irreseins oft einen wirksamen Angriffspunkt der Therapie.

Der Anlass des depressiven Affects, die Vorstellungsgruppe, um die er sich bewegte, üben öfters (doch nicht immer, vielmehr entschieden in der Minderzahl der Fälle) einen bestimmenden Einfluss auf den Inhalt der Wahnvorstellungen aus; z. B. nach dem Verlust eines geliebten Angehörigen wird lange in Vorstellungen delirirt, welche auf diesen Verlust Bezug haben. In jenem Falle ist die Grenze zwischen dem physiologischen Zustande des Affects und dem Irresein oft schwer zu finden, wenigstens für eine weniger tiefe Betrachtung; letzteres kann sich als unmittelbare Fortsetzung eines physiologischen Zustandes, des begründenden Affects darstellen (deprimirte Stimmung und Dysthymie).

Ausser diesem bestimmenden Einfluss des Anlasses des depressiven Affects auf den Inhalt des Deliriums bemerkt man auch sonst gewisse, wenn auch nicht constante, doch oft sich findende Charaktere des Irreseins nach einzelnen bestimmten Ursachen. So charakterisirt sich das Irresein des weiblichen Geschlechts nach unglücklicher Liebe gewöhnlich durch eine tiefe, zuweilen in Stupor übergehende melancholische Depression (Katatonie), durch Neigung zum Selbstmord, hysterische Complicationen, grosse körperliche Entkräftung, häufigen Ausgang in Tuberculose. Ebenso zeigt das Irresein aus Schrecken am gewöhnlichsten das Stadium stuporosum der Katatonie mit oder ohne darauf folgende Erregungszustände etc.

II. Imitation.

§. 219.

Die Uebertragung des Irreseins durch Imitation kommt stets nur bei dazu prädisponirten Individuen vor, analog den Fällen von Hysterie und Hypochondrie durch Ansteckung. Nach Nasse (cit. von v. Krafft-Ebing), ist es die anstrengende Pflege Geisteskranker, namentlich aufgeregter Verwandter, welche die körperlichen und geistigen Kräfte gegebenen Falls gebrochen hatte. Fehlt die Prädisposition, so hat der Umgang mit Geisteskranken, sofern er wissenschaftliche und humane Ziele hat, kaum eine schädigende Wirkung auf die geistige Gesundheit. Für Belastete hat allerdings der Beruf eines Irren-Arztes oder Wärters seine Bedenken. (Cf. v. Krafft-Ebing p. 185.)

III. Psychische Contagion.[1]

§. 220.

Unter psychischer Contagion versteht Kraepelin die Ausbreitung psychischer Störungen durch Ansteckung. Bekanntlich können Gähnen, Lachen, Husten durch Nachahmung d. h. durch Erzeugung der Vorstellung dieser Bewegungen hervorgerufen werden, ebenso wie epileptische, hysterische, choreatische Convulsionen. Wir haben es in solchen Fällen mit einer Wirkung der Reflexerregbarkeit zu thun (vgl. §. 128, 2). Zu dieser Art der psychischen Infection gehören z. B. Erscheinungen wie die Tanzwuth,

---

[1]) Conf. Kraepelin, Psychiatrie p. 35, Emminghaus Lehrbuch p. 48 f. u. A.

der Tarantismus und die Jumperei. In Deutschland trat der Veits- oder Johannistanz nach den Schrecknissen des schwarzen Todes zuerst 1534 in Aachen auf und verbreitete sich über Köln und Metz, wo sich 1100 Tänzer zusammenfanden. Es tanzten Männer und Frauen, bis sie mit aufgetriebenem Leib unter Aechzen und Stöhnen zu Boden fielen. Epileptiforme Krämpfe mit Hallucinationen, meist des Gesichts, leiteten bei vollkommener Ausbildung dieser Krankheit den Tanz ein. Ein vollständiges Ende erreichte der Tanz erst im 16. Jahrhundert. In Italien entwickelte sich der Taranteltanz auf dem Wege der Nachahmung, hervorgehend aus der Vorstellung der eingebildeten Folgen eines Tarantelbisses, besonders im 17. Jahrhundert. Die psychischen und somatischen Symptome bestanden ausserdem noch in Abneigung gegen Speisen, Begierde zum Alkoholgenuss, Schwindel, vorübergehender Blindheit, Schlaflosigkeit und völligem Wahnsinn (Emminghaus l. c. p. 50).

Bis auf die heutige Zeit hat sich die Tanzwuth in Verbindung mit den religiösen Uebungen gewisser Sekten erhalten. Die Jumpers und Methodisten in England und den vereinigten Staaten glauben direct vom heil. Geist inspirirt zu werden. Diese göttlichen Inspirationen äussern sich in mimischen und muskularischen Verzerrungen, Verdrehungen und Krämpfen. Eine bacchantische Raserei bricht aus, Entzücken und Jubel verwandeln sich in Toben und Heulen. Das Schamgefühl ist bei beiden Geschlechtern vollständig aufgehoben.

Diese Erscheinungen beruhen auf hochgradiger Erregbarkeit des Nervensystems, verbunden mit Willenlosigkeit. Aehnliche Zustände entwickeln sich bei Neuropsychosen z. B. bei Hysterischen, die, um Bewunderung und Aufsehen zu erregen, Schmerzen ertragen, ja sich selbst verstümmeln. Bei kranken Kindern und Wilden kommt diese instinctive Nachahmung nicht selten vor und äussert sich durch Angewohnheiten in Miene, Haltung, Gang, besonders im Sprechen und auch im Schreiben. Analogieen kommen auch in der physiologischen Gesundheitsbreite vor. Man unterscheidet Epidemieen und sporadische Fälle psychischer Infection. Als beiden gemeinsames prädisponirendes Moment ist anzuführen die individuelle Anlage, die angeborene psychopathische und die durch körperliche und geistige Strapazen, Schreck etc. erworbene Disposition.

Bei den echten Fällen der psychischen Infection kann es sich um folgende Möglichkeiten handeln (cf. Wollenberg l. c.):

1. Es findet eine wirkliche Uebertragung der Psychose statt, derart dass B die Wahnideen von A acceptirt, weiter ausbaut und zu den seinigen macht. (Eigentliches, inducirtes Irresein, Folie communiquée, communicirter Wahnsinn vgl. d. folg. §.). Die Störung beginnt gewöhnlich bei dem erregbareren und lebhafteren Theil, um sich dem mehr passiven und lenk-

samen mitzutheilen. 2. A drängt vermöge seines moralischen oder socialen Uebergewichts seine Wahnideen einem anderen auf, dieser entledigt sich ihrer als einer fremden Sache sofort, sobald A's schädlicher Einfluss aufhört (Folie imposée). 3. B wird wirklich geisteskrank, aber seine Psychose ist nur anfangs der von A congruent, um später nach der Trennung einen selbstständigen Verlauf zu nehmen. 4. Mehrere Individuen erkranken möglichst gleichzeitig und gleichartig infolge gleicher Gelegenheitsursachen, aber zunächst unabhängig von einander (Folie simultanée, simultaner Wahnsinn).

Ein inniges Zusammenleben mit dem primär Erkrankten nebst Abgeschlossenheit gegen die Aussenwelt, gemeinsame Interessen und Neigungen, gleiche äussere Umstände und Schädlichkeiten sind für das Zustandekommen einer echten Infection von wesentlicher Bedeutung. Es erkranken daher meist Blutsverwandte, in erster Linie Geschwister, sodann Mutter und Tochter, Vater und Sohn. Zwillingsgeschwister sind besonders exponirt; ebenso können Eheleute, aber auch weitere Verwandte und ganz fremde Personen in Mitleidenschaft gezogen werden. Ein disponirtes Individuum nimmt entweder die Psychose eines anderen in toto an oder nur einzelne der Wahnideen (Transmission d'idées délirantes entre aliénés). Hierher gehört die Uebertragung der Nahrungsverweigerung von einem Kranken auf den andern, die endemische Verbreitung selbstmörderischer Gelüste.

Bei der Paraphrenia paralytica progressiva werden nur einzelne der Symptome, besonders der Grössenwahn übertragen. Hysterische gefährden ihre Umgebung wohl am meisten. Auch Zustände tobsüchtiger Erregung oder dysthymischer Verstimmung können auf andere übertragen werden, und zwar vornehmlich die agitirten Dysthymieen mit religiöser Färbung der Delirien. Vor allem sind übertragbar paranoïsche Zustände mit Verfolgungsdelirien (sous les cas de folies à deux sont des délires de persécutions, ce délire est la folie du 19. siècle). Die meisten Erkrankungen fallen in die Zeit der vollen Kraftentfaltung; die Prognose richtet sich nach dem speciellen Falle.

IV. Das inducirte Irresein.

§. 221.

Unter inducirtem Irresein versteht man eine psychische Infection

1. durch Uebertragung auf dem Wege der Imitation;
2. durch Implantation von Wahnideen (cf. Jörger l. c.).

ad 1. a) Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine unbewusste, passive Rolle. b) Der Inhalt der primären Psy-

chose kommt bei der Uebertragung als wirksame Ursache nicht in Betracht. c) Die wirkende Ursache der Uebertragung ist die äussere Erscheinung der primären Psychose. d) Die secundär erzeugten Psychosen sind heilbare Psychoneurosen und einfache Neurosen. e) Die Uebertragung ist eine acute oder subacute.

ad 2. a) Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine bewusste, active Rolle. b) Der Inhalt der primären Psychose wirkt als solcher im Sinne der Uebertragung und muss logisch geordnet und relativ wesentlich sein. c) Die wirkende Ursache der Uebertragung ist der Inhalt der primären Psychose und die Activität der primär erkrankten Person. d) Die secundär erzeugte Psychose ist eine systematisirte Wahnsinnsform. e) Die Uebertragung ist eine subacute oder chronische.

1. Krankengeschichte: Folie à trois. Es handelt sich um eine Mutter und ihre zwei Töchter, welche zuerst Verfolgungsideen, (angebliche Schädigung ihres Vermögens), später auch Grössenideen (Besitz grosser Reichthümer) äusserten. Die geistige Störung entwickelte sich bei der jüngsten Tochter zuerst. Dieselbe war lebhaft und energisch, beherrschte ihre ältere Schwester geistig und bannte sie in ihre Gedankenkreise. Die etwas leichtgläubige Mutter nahm erst später die Wahnideen auf. Schliesslich wurden alle drei wegen ihres activen Vorgehens gegen ihre vermeintlichen Feinde internirt. Nach ihrer Entlassung bestanden die Verfolgungsideen bei den Töchtern noch fort, und dieselben zogen sich ganz vom Verkehr zurück, während die Mutter alsbald starb. (Erlenmeyer, Centralbl. No. 8. 1889.)

2. Krankengeschichte: Folie communiqué bei 5 Familiengliedern. In einer Familie litt der Vater an hallucinatorischer Paranoia, die Mutter war gesund, gerieth aber, nachdem sie ihren fünften Sohn, einen idiotischen Epileptiker durch Schläge auf den Kopf getödtet und dann auf die Strasse geworfen hatte, mit ihren ältesten vier Kindern in heftige hysteromaniakalische Erregung. (Auch das sechste Kind war idiotisch, dagegen das siebente und achte geistig gesund.) Alle fünf Familienglieder hatten den Wahn, dass der gemordete Knabe ein Teufel, nicht ein Familienglied gewesen sei; alle wollten nach der That gen Himmel gefahren sein und beschrieben übereinstimmend, was sie dort gesehen und erlebt hätten. Simulation konnte bei Allen ausgeschlossen werden, sie wurden nach Ablauf eines sehr heftigen Erregungsstadiums von verschiedener Dauer wieder besser. Die That war offenbar während des Bestehens einer geistigen Absenz vollbracht. Die eine Tochter, nicht die Mutter, ist nach Angabe des einen Sohnes diejenige gewesen, welche originär die Idee der Himmelfahrt zu Tage förderte.

3. Krankengeschichte: Folie à quatre. In einer hereditär belasteten Familie erkrankte zuerst die Tochter plötzlich an Tobsucht, dann der Vater mit Panphobie, bald darauf die Mutter und die ältere Schwester an Manie. In 3 Monaten trat, ausser bei der zuletzt erkrankten Tochter, Genesung ein, dieselbe starb nach einem halben Jahre, ohne dass Aenderung des Zustandes eingetreten wäre, an Cholera.

Nach Roscioli handelt es sich in diesen Fällen nicht um Uebertragung von Wahnideen durch Suggestion, sondern um das gleichzeitige Entstehen einer einfachen Psychoneurose unter dem Einflusse erregender Momente bei gleich constituirten Individuen.

DRITTES CAPITEL.

Somatische Ursachen.

Vorbemerkungen.

§. 222.

Es ist keine Frage, dass das Irresein in vielen Fällen durch rein körperliche Ursachen entstehen kann, dass andererseits unter ihrer Mitwirkung die psychischen Causalmomente weit eher und ganz vorzüglich zur Entstehung der Geisteskrankheiten führen. Eine erbliche oder erworbene Disposition lässt sich dann häufig, doch nicht gerade immer, nachweisen; sie kündigt sich oft, ausser den oben angeführten Erscheinungen, durch leichtes Entstehen von Delirien schon bei mässigen acuten Erkrankungen an. Bei dergleichen Individuen kann denn nun auch, entschiedenermaassen, jede bedeutendere körperliche Erkrankung durch secundäre Gehirnaffection Anlass zum Irresein werden; umgekehrt aber wirken die somatischen Ursachen nicht nur in dieser Weise krankheitserregend bei schon anderweitig Disponirten, sondern durch sie selbst werden auch wieder Dispositionen erzeugt, die dann oft erst durch psychische Ursachen in die Krankheit selbst übergehen.

Diese somatischen Ursachen bestehen theils in noch physiologischen Zuständen, welche überhaupt eine leichtere Erkrankbarkeit setzen (z. B. Wochenbett), theils in schon ausgebildeten, acuten oder mehr noch chronischen Krankheitszuständen (z. B. Tuberculose), theils in gewissen äusseren Beeinträchtigungen und Schädlichkeiten (z. B. Kopfverletzung). Wir beginnen ihre Aufzählung mit denen, welche direct vom Nervensystem aus wirken.

I. Gehirn- und Nerven-Erkrankungen.

§. 223.

1. Hirnkrankheiten, Meningitis, Hyperämieen und Gewebsveränderungen der Pia (acute Leptomeningitis) etc. können Ernährungsstörungen in der Gehirnrinde und damit Geistesstörungen hervorrufen. Dieselben verlaufen theils unter dem Bilde der Demenz mit intercurrenter Tobsucht (Meningitis), theils als primäre progressive Demenz (Pachymeningitis int. haemorrhagica) complicirt durch allgemeine Ataxie, Parese und intercurrente tobsuchtsartige Aufregungszustände, epileptische und apoplektische Anfälle. Beim Bestehen organischer Veränderungen, wie bei Infiltration der Rinde, Degeneration der Ganglienzellen, Pigment-Embolieen tritt eine allgemeine Abnahme der

psychischen Leistungen ein. Es entwickelt sich Schwachsinn bis zum tiefsten Blödsinn.

Die verschiedenen Erkrankungen des Gehirns, welche der Epilepsie zu Grunde liegen, sind theils von Anbeginn an mit entschiedenster Geistesstörung verbunden — intermittirende Anfälle der letzteren können sogar den intermittirenden Convulsionen vorangehen — theils kann das Fortschreiten jener Krankheitsprocesse (entweder so, dass sich die ursprünglich im Innern gelegene Affection, z. B. die chronische Entzündung, nach den Oberflächen ausdehnt, oder durch consecutive Atrophie des Gehirns etc.) ein erst nach langem Bestehen der Epilepsie beginnendes Irresein erzeugen.

2. Heerdartige Hirn-Erkrankungen. Locale Erkrankungen des Gehirns bewirken nur dann psychische Störung, wenn sie das Rindengebiet mit afficiren. Dieses kommt besonders bei der multiplen Sklerose und der capillären Apoplexie vor. Sie schaffen durch Druck oder Reizung secundäre Gefäss-Degeneration, Oedem, Circulations- und Ernährungsstörungen in der Hirnrinde oder bringen den betreffenden Hirnabschnitt einschliesslich des Rindengebietes zur Atrophie (v. Krafft-Ebing p. 186). „Das Krankheitsbild ist das eines progressiven Blödsinns mit Lähmungen und Aufregungszuständen". Mitunter ist die geistige Störung eine sehr begrenzte, betrifft z. B. nur die Reproduction einzelner Vorstellungsseiten, kann sich aber von hier aus zu allgemeiner, tieferer Geistesschwäche ausbreiten. Bei Heerderkrankungen zeigen sich Aufregungszustände mit Hirncongestionen, epileptisches Irresein, Nervenkrankheiten, Tabes mit Verfolgungsdelirien, Sinnestäuschungen, hypochondrische Verrücktheit, Morbus Basedowii, gefolgt von Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Gedächtnissschwäche.

Hierher gehören folgende Erkrankungen: Die Apoplexie des Gehirns, die Atheromatose der Gehirnarterien in encephalomalacischen Prozessen, die multiple Gehirn-Sklerose, Tumoren, Cysticerken, Echinokokken.

3. Schädelverletzung und Gehirnerschütterung. Alle Schädelverletzungen, mögen sie in Knochenbrüchen, Blutextravasaten, Verlust an Gehirnsubstanz u. a. oder in blosser Erschütterung bestehen, wirken entweder als alleinige und unmittelbare Ursache oder als Dispositionsmoment. Die Verletzung des Schädels, der Häute und der Substanz des Gehirns, sowie die sich anschliessenden Entzündungs-Vorgänge schaffen einen Complex von schweren Symptomen, unter welchen protrahirte Bewusstlosigkeit, allgemeine Convulsionen, Lähmungen besonders hervorragen. In einzelnen Fällen entsteht noch während oder kurz nach der Wundheilung eine Psychose mit den Symptomen der paralytischen Geistesstörung, oder es bildet sich die sogenannte Krampf-Epilepsie aus; in andern Fällen zeigen sich diese Erscheinungen erst

nach 1, 2, 6, sogar 10 Jahre nach der Verletzung. Gewöhnlich mögen es hier kleine, liegen gebliebene, in eingedicktem Zustand lange unschädlich getragene Eiterheerde, oder kleine apoplektische Cysten, chronische Processe an der Dura u. dgl. sein, um welche sich später, aus irgend einer Ursache, eine nun allmählich um sich greifende Entzündung der zarten Häute oder der Gehirnsubstanz einstellt; andere Male ist es die langsame Bildung einer Exostose, einer Geschwulst, oder eine schleichende Caries des Schädels, von der aus sich Hyperämieen und exsudative Processe weiter verbreiten. Zuweilen aber lässt sich auch nichts Solches wahrnehmen; ohne anatomische Entartungen scheinen einzelne Fälle von Erschütterungen im Gehirne solche Folgen zurücklassen zu können, dass es noch nach Jahren eine leichte Erkrankungsfähigkeit behält, aus welcher dann nach den mässigsten weiteren (z. B. psychischen) Ursachen sich das Irresein ergiebt.

Es ist wenigstens durchaus nicht selten, dass man von den Angehörigen der Kranken bei näheren Nachfragen frühere, oft wieder in Vergessenheit gerathene, derartige Ereignisse erfährt, einen schweren Sturz vom Pferde, einen Fall oder Stoss an den Kopf, dem längere Betäubung folgte u. dgl.; zuweilen fällt es nun erst der Umgebung auf, dass sich von dort an sogleich leise Veränderungen des Charakters an dem Kranken zeigten, leichte Aergerlichkeit, Neigung zum Zorn, allerlei Verkehrtheiten etc., die aber wenig beachtet wurden und in ihrer wahren Bedeutung, als Vorläufer eines Irreseins, kaum mit dessen Ausbruch anerkannt werden.

Aus der interessanten Arbeit von Schlager über die infolge von Hirnerschütterung sich entwickelnden psychischen Störungen (Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien XIII. 1857. p. 454 ff.) wollen wir Folgendes hervorheben. — Unter 500 Irren ermittelte der Verf. 49, bei denen die Entwicklung der psychischen Störung in directer Abhängigkeit von den Folgen stattgehabter Gehirnerschütterung stand (42 M., 7 W.). In 21 Fällen war vollständige Bewusstlosigkeit, in 16 blosse Unbesinnlichkeit, Ideenverwirrung, in 12 bloss dumpfer Kopfschmerz unmittelbar auf das Trauma gefolgt. In 19 Fällen begann die psychische Krankheit im Lauf eines Jahres nach der Verletzung, aber in sehr vielen anderen viel später, in 4 Fällen nach mehr als 10 Jahren. Meistens zeigten die Individuen vom Zeitpunkt des Trauma's an Neigung zu Hirncongestionen auf geringe Mengen von Spirituosen, Gemüthsbewegungen etc., sodann mehrfach Hyperästhesieen des Auges (subjective Licht- und Farbenerscheinung, Photophobie), öfters Amblyopie; in 15 Fällen zeigten sich kurze Zeit vor und während des Bestandes der psychischen Störung schwarze Skotome, welche auf den Charakter der Delirien bestimmenden Einfluss äusserten. Sehr häufig kamen auch Ohrenklingen und -Sausen vor, 18 mal Schwerhörigkeit, 3 mal abnorme subjective Geruchswahrnehmungen, Veränderungen in den Pupillen. Sehr gewöhnlich änderte sich Stimmung, Gemüthszustand, Charakter der Verletzten (Prodromalerscheinungen der eigentlichen psychischen Krankheit), in 20 Fällen wurde Zornmüthigkeit, ein ärgerliches, aufbrausendes Wesen bis zu den wildesten Ausbrüchen bemerkt, seltener Selbstüberschätzung, Verschwendungssucht, Unstetheit und Unruhe, in 14 Fällen mit Selbstmordversuchen, öfters Gedächtnissschwäche, Verworrenheit. — Die Prognose war fast durchaus ungünstig, 7 mal kam der Ausgang in Blödsinn mit Paralyse vor. — 10 Fälle kamen zur Obduction. Es fanden sich hier und da Knochennarben, Verwachsung der Dura, Trübung und seröse Infiltration der zarten Häute, mehr oder weniger Hydrocephalus

chronicus, Granulirung des Ependyma, einmal eine Hirnschwiele mit Atrophie des Gehirns und chronischen Entzündungsprocessen an den zarten Häuten. — Verletzung der Schädelknochen macht die Wahrscheinlichkeit nachfolgender psychischer Störung viel grösser als blosse Verletzung der Weichtheile. — Sehr interessante Beispiele von Irresein infolge von Kopfverletzungen finden sich in dem Bericht der Wiener Irrenanstalt (Wien 1858 p. 47).

Häufig sind die unmittelbaren Folgen des Trauma oder der Gehirnerschütterung unbedeutend, jedoch lassen erhöhte Reizbarkeit, verringerte Widerstandsfähigkeit gegen äussere Vorkommnisse, hochgradige Intoleranz gegen Alkohol die cerebrale Invalidität durchblicken. Dieser Wirkung des Schädeltraumas kommt der Schreck am nächsten. Es kann momentane totale Abulie, verbunden mit plötzlichem Bewusstseinsverlust eintreten, an den sich häufig periodisch wiederkehrende Convulsionen anschliessen, event. mit dauerndem Anschluss von Epilepsie. Allgemeine Paralyse der Irren lässt sich ebenso wie Epilepsie in einer Anzahl von Fällen auf irgend welche Verletzung des Nervensystems zurückführen (Savage l. c. p. 82).

Indirect kann durch consecutive, fortgeleitete Entzündung der Hirnhäute etc. Geistesstörung hervorgerufen werden: ja es kann sogar eine Gehirnverletzung bei Vater oder Mutter eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems oder Geisteskrankheit bei der Nachkommenschaft zur Folge haben. In der Pathogenese des traumatischen Irreseins sind chronische meningitische und encephalomalacische Processe von hervorragender Bedeutung. Die Intoleranz gegen Alkohol ist mitunter das erste Symptom einer tieferen organischen Gehirnerkrankung, eines progressiven Blödsinns mit Lähmungssymptomen. Die sich ergebenden Psychosen folgen unmittelbar der Kopfverletzung oder treten erst nach Wochen bis Jahren auf. Im ersteren Falle zeigen sie anfänglich die Symptome der Commotio cerebri, später entwickelt sich hochgradiger Schwachsinn. Im letzteren Falle treten nach einem Prodromalstadium, welches sich durch hochgradige Reizbarkeit, Charakterveränderung zum Schlechteren, Excesse etc. auszeichnet, Gedächtnissschwäche, geistige Apathie, Kopfschmerzen, Schwindel, Verwirrtheit, optische und akustische Hyperaesthesieen, heftige Congestionen ein. Hierher gehören auch die Fälle von Irresein, welche durch Fortkriechen eines empfindlichen Reizes im Felsenbein, wie durch Caries, Otitis interna, auf die Häute und die Substanz des Gehirns Störungen hervorrufen (v. Krafft-Ebing l. c. p. 188).

4. Affectionen peripherischer Nerven. Von ausgezeichnetem pathologischen Interesse sind die Fälle, wo das Irresein nach (und ohne Zweifel infolge) einer, verhältnissmässig unbedeutenden peripherischen Nervenverletzung (überhaupt Verletzung der Weichtheile) oder

peripherisch entstandener Erkrankung der (Sinnes-) Nerven, z. B. peripherischer Taubheit, entstand. So hat Verfasser bei einer hysterischen Frau nach einer ganz ungefährlichen Verletzung des Auges durch Holzsplitter tiefe Depressionszustände entstehen sehen; so hat Herzog einen Fall von Irresein nach der Operation des Strabismus beobachtet; so berichtet Foville von zahlreichen Fällen oberflächlicher Erkrankung des Cerebellum bei Irren, entstanden nach peripherischen Störungen im Quintus und Akusticus; es gehört ferner hierher der Fall von Jördens, wo ein Knabe durch kleine, in die Fusssohle eingedrungene Glassplitter tobsüchtig ward und es bis zu ihrer Entfernung blieb, und es sind sehr wahrscheinlich die von Zeller erwähnten Erkrankungen nach bloss äusserlichen Kopfwunden zu dieser pathogenetischen Kategorie zu rechnen. Indem diese Fälle allerdings an das Delirium nervosum nach und während der Operationen lebhaft erinnern, schliessen sie sich als identisch entstandenes Gehirnleiden dem traumatisch-tetanischen Rückenmarksleiden an, ihrerseits die Gleichheit der Wege der Erkrankung für die verschiedenen, eben in ihrer eigenthümlichen Energie reagirenden Abschnitte des Central-Nervensystems beurkundend.

Zunächst hierher gehören verschiedene andere, heftige oder anhaltend fortdauernde Nervenreizungen von der Peripherie des Organismus; in ersterer Beziehung z. B. jener merkwürdige Fall von Esquirol (die Geisteskrankheiten von Bernhard I. p. 153), wo nach einem starken Geruchseindrucke die Manie ausbrach; in zweiter Reihe vielleicht z. B. die Irritation von den Gedärmen aus durch Tänia und andere Entozoën, oder auch der Pruritus chronicus. Auch heftige Schmerzen überhaupt können bei Disponirten Geistesstörung hervorrufen. Der Bericht der Wiener Anstalt (Wien 1858. p. 60) enthält einen solchen Fall infolge von ausserordentlichen Schmerzen durch eine Sehnenscheiden-Entzündung in der Hohlhand.

5. Affectionen des Centralnervensystems und Tabes. Die typisch umschriebenen Affectionen des Centralnervensystems bieten ebenfalls viele Ursachen von psychischen Alienationen; die aus solchen Ursachen entstandenen Psychosen verlaufen zuweilen unter dem Bilde der Paralyse oder Epilepsie. Als eine oft beobachtete Ursache von psychischen Störungen tritt die Tabes auf. Am häufigsten schliesst sich an sie eine paralytische Geistesstörung an (Salgó). Die Tabo-Paralyse zeigt einen von dem der classischen Paralyse abweichenden Gang.

6. Tumoren. Flächenhaft ausgebreitete Tumoren, insbesondere der Frontal- und Central-Windungen oder gummöse Neubildungen können unter Umständen Paralyse vortäuschen. Atheromatose der Arterien findet man stets sowohl bei der Paralyse, wie bei der chronischen Pseudo-Paralyse der Alkoholiker. Ebenso ist sie die anatomische Ursache

mannigfacher Circulationsstörungen und dadurch bedingter localisirter encephalomalacischer Processe; weniger bedingt sie Psychosen mit weitgehenden motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen.

Anhang.[1])

§. 224.

I. Gehirngeschwülste.

A. Allgemein-Erscheinungen.

Dieselben bestehen in: 1) Kopfschmerz; 2) Convulsionen, d. h. epileptischen Anfällen; 3) Neuritis optica (Stauungspapille); 4) Psychischen Veränderungen; 5) Somnolenz, Pulsverlangsamung und Ohnmachtsanfällen; 6) Erbrechen und Schwindel. Meist gehen diese Symptome den Heerdsymptomen voraus.

1. Der Kopfschmerz, gleichmässig andauernd oder in Intervallen auftretend, ist nie scharf localisirt; ist er einseitig, so täuscht er bisweilen Hemikranie vor. Die Percussion des Schädels ist in Fällen localisirten Kopfschmerzes an der betreffenden Stelle schmerzhaft. Der Kopfschmerz, welcher nur von sensiblen Theilen des Gehirns oder seiner Hüllen ausgehen kann, entsteht überall da, wo der sensible Reiz für die Leistungsfähigkeit des sensiblen Apparates zu stark ist, durch Irradiation des Reizes auf graue Massen. Von den Hüllen ist die Pia schmerzlos, da sie keine Nerven besitzt. Ein Schmerz, der von der Dura ausgeht, hat: a) eine grosse Intensität; b) sehr ungenaue Localisation; c) er scheint einen tiefen Sitz im Knochen zu haben.

Dazu kommt noch die Vertheilung der Schmerzen nach dem Verlauf des Quintus, des sensiblen Nerven der Dura. Kopfschmerz entsteht aber auch, ohne dass der Tumor der Dura nahe zu kommen braucht, durch eine vom Tumor ausgehende Fernwirkung. Der Kopfschmerz hat demnach eine doppelte Bedeutung und Entstehungsweise:

1. als Heerdsymptom, auf die Dura mater oder allgemeiner auf die Hirnfläche hinreichend. Seine Bedingungen sind dann:
   a) die locale compressive Wirkung;
   b) eine etwaige irritirende Wirkung;
2. als Allgemein-Erscheinung.

Er ist dann ausschliesslich abhängig von der allgemeinen compressiven Wirkung, die der Tumor ausübt. Bei sehr langsamem Wachsthum der Geschwulst kann der Kopfschmerz ganz fehlen, entsprechend dem du Bois'schen Gesetz: „Nicht der absolute Werth, sondern Schwankungen der Reizgrösse, die mit einer gewissen Geschwindigkeit erfolgen, wirken erregend auf die Nerven.“ Besonders die Infectionsgeschwülste, die multiplen Cysticercusblasen und die grösseren Echinokokkuscysten sind Anlass heftiger Schmerzen.

2. Die Convulsionen sind epileptischer Natur. Häufig bleibt der Anfall auf eine Körperseite oder nur auf gewisse Muskelgruppen beschränkt. Die Anfälle treten sporadisch oder periodisch mit allmählich abnehmenden Intervallzeiten auf. Die epileptischen Anfälle fehlen bei Tumoren häufiger als der Kopfschmerz. Dafür ist die Epilepsie häufiger als der Kopfschmerz das einzige Allgemeinsymptom von Tumoren. Jackson fand als Ursache von epileptiformen Convulsionen fast immer Veränderungen

[1]) §. 224 über die Gehirngeschwülste, den Gehirnabscess und die Meningitis als ätiologische Momente für die Entstehung der Psychosen beruht auf den Ausführungen Wernicke's in seinen „Gehirnkrankheiten“. Zur Vervollständigung des Capitels „Ursachen“ war eine abgekürzte Darstellung nach den exacten Forschungen dieses Autors nicht zu umgehen.

der Hirnoberfläche, und zwar besonders an der motorischen Region im Stirn- und Scheitellappen. Danach haben die Convulsionen ebenfalls eine doppelte Bedeutung und Entstehungsweise:

1. als Heerdsymptome bei Tumoren der Gehirnoberfläche und besonders gern des Stirn- und Scheitellappens. Ihre Bedingungen sind ebenfalls:
   a) die locale compressive Wirkung;
   b) die irritative Wirkung.
2. die einer Allgemein-Erscheinung in ausschliesslicher Abhängigkeit von der allgemeinen compressiven Wirkung des Tumors bei beliebigem Sitze. Gummata, Tuberkeln, Cysticerken gehen am häufigsten mit epileptischen Anfällen einher. Epilepsie, die in vorgerücktem Alter entsteht, muss den Verdacht auf eine organische Gehirnkrankheit erwecken.

3. Die Stauungspapille ist reines Symptom einer Verengerung des Schädelraumes und kommt bei der Mehrzahl der Hirntumoren vor. Sie ist stets doppelseitig, aber von verschiedener Intensität auf beiden Augen. Bisweilen kann plötzliche Erblindung eintreten, die nach einiger Zeit wieder verschwindet, ohne dass der Augenhintergrund eine Veränderung zeigt. Dieselbe ist wahrscheinlich von centralen Vorgängen abhängig. In vielen Fällen ist die Sehschärfe intact. Bei Tumoren des Kleinhirns tritt in der Regel frühzeitige Erblindung ein. Bei Tumoren des Grosshirns tritt durch Hydrocephalus, der auf die Tractus optici drückt, Erblindung ein, die in diesem Fall die Bedeutung eines Heerdsymptoms hat.

Bei gesteigertem intrakaniellen Druck wird die Cerebrospinal-Flüssigkeit in den Intravaginalraum des Opticus getrieben und dadurch comprimirt die Sklera den Nerven bei seinem Durchtritt (Hydrops vaginae N. optici). Die sich dabei stets findende doppelseitige Stauungspapille weist nur auf eine Drucksteigerung im Schädelraum hin, niemals auf einen bestimmten Ort. Die Stauungspapille kommt auch beim Gehirnabscess der tuberculösen Meningitis, dem Hydrocephalus internus, anscheinend auch bei Morbus Brigthii vor. Sie kann ohne Kopfschmerzen bestehen. Also wird ein Kopfschmerz, der nicht von Stauungspapille begleitet ist, nur durch eine locale Läsion der Dura bedingt sein. Sowohl Kopfschmerz, wie Convulsionen gewinnen daher um so mehr den Werth von Heerdsymptomen, je weniger sie von anderweitigen Allgemein-Erscheinungen (Stauungspapille) begleitet sind. Da Kleinhirn - Tumoren fast stets frühzeitige Erblindung hervorrufen, hat dieselbe oft den Werth eines Heerdsymptoms. Die directe Läsion des Chiasma und der Tractus durch Hervortreibung des Bodens des dritten Ventrikels bei idiopathischem Hydrocephalus zeigt als Folge dieses Druckes die primäre Atrophie der Papille oder auch Stauungspapille. Der hochgradige Hydrocephalus bei Kleinhirn-Tumoren beruht entweder auf Compression der V. magnae oder der V. Galeni vor ihrem Eintritt in den Sinus rectus. Tumoren der Hypophysis cerebri drücken ebenfalls direct auf das Chiasma und die Tractus. Hebt eine Geschwulst die Unterfläche von der Schädelbasis ab, so spannen sich die Arteriae corporis callosi an und schnüren die Sehnerven, über deren Anfang sie verlaufen, ab; die Folge ist Atrophie derselben.

4. Zu den Allgemein-Erscheinungen des Tumors gehört die Betheiligung der Psyche:

1. als Stupor sich steigernd bis zum Blödsinn;
2. als reiner Gedächtnissverlust bei vollständig erhaltener Besonnenheit. Dazu kommen schlafsüchtige Zustände von Somnolenz bis zu tiefem Koma.

Die eigenthümliche Beeinträchtigung des Gedächtnisses ist auf die Hirnrinde zu beziehen, was auch in drei Fällen von Alkohol- bezw. Morphiummissbrauch durch die Section bestätigt wurde.

5. Die Beeinträchtigung des Sensoriums und Pulsverlangsamung sind beides Zeichen intrakraniellen Druckes und oft mit einander verbunden. Somnolenz und Koma weisen mehr auf Drucksteigerung im Bereich der Grosshirn-Hemisphären, Pulsverlangsamung mehr auf solche der hinteren Schädelgrube hin.

Apoplektiforme und Ohnmachtsanfälle haben als Ursache eine plötzliche Drucksteigerung des Schädelinhalts infolge von

1. Blutungen in die Substanz des Tumors;
2. schnell eintretenden hydrocephalischen Ergüssen.

Das Bewusstsein kann vollständig wiederkehren, oder es bleibt nach Rückkehr desselben Stupor oder Gedächtnissdefect zurück. Reine Synkopeanfälle ohne Verlust des Bewusstseins kommen namentlich Tumoren der hinteren Schädelgrube zu.

6. Erbrechen und Schwindel treten in vielen Fällen hinzu. Das cerebrale Erbrechen tritt besonders des Morgens beim Aufrichten aus der horizontalen Lage auf. Bisweilen scheint es Vorläufer der epileptischen und apoplektischen Anfälle zu sein. Als Heerderscheinung (von Seiten der Oblongata) ist es nur mit Vorsicht zu verwerthen.

Der Schwindel hat dann eine selbstständige Bedeutung, wenn er nicht von einer Augenmuskellähmung begleitet ist. Constanter und erheblicher Schwindel spricht für Sitz im Kleinhirn oder in der hinteren Schädelgrube (vgl. p. 243).

B. Heerdsymptome.

Die Localisirung eines Tumors ist bei weitem nicht in allen Fällen möglich, da

1. Tumoren gefunden werden, welche nie Symptome hervorgerufen haben;
2. viele Tumoren ohne alle Heerdsymptome verlaufen;
3. Heerdsymptome auftreten können, welche, nur durch die allgemeine compressive Wirkung verursacht, einen rein zufälligen, unberechenbaren Zusammenhang mit dem Tumor haben.

I. Tumoren von beliebigem Sitz innerhalb einer Hemisphäre können Hemiplegie erzeugen, die einen oscillirenden Charakter hat. Bei der durch Tumoren bedingten Hemiplegie wird leicht auch die andere Seite, sei es durch Lähmungen oder Contracturen ergriffen. Auffallend ist die grosse Häufigkeit ungekreuzter, auf der Seite des Tumors sitzender Hemiplegie. Sehr häufig ist die Hemiplegie bei Tumoren mit Contracturen der Extremitäten verbunden: in den Armen die Flexoren, in den Beinen die Extensoren. Tumoren der linken Hemisphäre können ebenso direct wie Hemiplegie auch Aphasie bewirken.

II. Tumoren der Basis pflegen sehr zeitig Heerdsymptome zu setzen, weil durch dieselben bald Nervenstämme comprimirt werden, deren Läsion auffällige Symptome macht. Die Läsion besteht in fettiger Degeneration, später in Verdünnung, grauer Atrophie. Die Lähmung hat gewöhnlich den peripherischen Charakter. Der Oculomotorius ist Prädilectionsort einer gummösen Erkrankung, die als erstes Symptom Ptosis macht. Der Facialis und Abducens werden nächstdem häufig durch dieselbe Ursache gelähmt. Auch der Quintus kann gummös erkranken, und zwar häufig nur der sensible Antheil desselben bei basalem Sitz des Tumors. Der Lähmung des sensiblen Trigeminus geht ein Stadium der Reizung (Neuralgie) oder auch Trismus voraus. Die Neuralgie befällt vorzugsweise einen der drei Aeste des Quintus.

Die Facialis-Lähmung durch directen Druck von Tumoren der Basis ist

1. total; die totale Lähmung ist charakteristisch für die Localisation in der Gegend des Isthmus, im Gegensatz zur partiellen cerebralen Facialislähmung;
2. peripherisch, d. h. sie betrifft den Nerv zwischen Kern- und Muskelendigung.

Die Lähmung des Hypoglossus durch Tumoren der Basis ist ebenfalls

1. total, d. h. sämmtliche Bewegungen einer Zungenhälfte sind gelähmt. Die Zungenbasis hängt im Munde nach der gelähmten Seite herab; Kauen, Schlingen und auch Sprechen sind erschwert. Bei Lähmungen beider Hypoglossi entsteht starke Dyspnoë, da die herabfallende Zunge den Zugang zum Kehlkopf verdeckt;
2. peripherisch, was sich durch Reactionslosigkeit gegen den inducirten Strom und rasche Atrophie kundgiebt.

Die Reihenfolge und die Combination, in welcher die der Schädelbasis aufliegenden Gehirnnerven getroffen werden, ist durch die anatomische Anordnung der Nervenstämme bestimmt. Dies ist auch ein den Tumoren fast ausschliesslich zukommendes Merkmal.

III. Bei Tumoren der vorderen Schädelgrube werden Olfactorius und N. oder Tractus opticus oft erst ein-, später doppelseitig afficirt, dann der sensible erste Trigeminus-Ast, sodann der motorische N. oculomotorius. Der Zerstörung des Olfactorius gehen oft abnorme Gerüche voraus, der N. opticus kann das Bild der Stauungs-Papille oder der primären Atrophie bieten; die Functionsstörung ist von vorn herein stark.

IV. Tumoren der Hypophysisgegend. Das Chiasma und die N. optici sind am meisten betroffen, oft auch der Oculomotorius, bald ein-, bald doppelseitig, dann kommt der erste Ast des Trigeminus, jedoch subdural, nächst häufig der Abducens.

Die Amaurose ist oft das einzige Heerdsymptom. Sie kann bedingt sein:

1. durch einen idiopathischen oder secundären (durch Tumor anderer Localitäten bedingten) Hydrocephalus;
2. durch einen an Ort und Stelle befindlichen Tumor.

Gleichzeitige Oculomotoriusläsion spricht für einen localen Tumor; der symptomatische Hydrocephalus entsteht meist durch Tumoren der hinteren Schädelgrube, und diese machen Abducens-, nicht Oculomotoriuslähmung.

V. Oberhalb der Dura gelegene Tumoren der mittleren Schädelgrube veranlassen leicht Hemiplegie durch Druck auf den betreffenden Hirnschenkel. Von Nerven der Basis sind zuerst dem Druck ausgesetzt der Oculomotorius, der Trochlearis, darauf das Chiasma.

Bei subduralen Tumoren der mittleren Schädelgrube unterscheidet man drei Gruppirungen: Die eine entspricht dem Eingang der drei Augennerven und des N. ophthalmicus in die Fissura orbitalis superior, die andere dem Sinus cavernosus und seinem Inhalt: dem Quintusstamm und Ganglion Gasseri mit dem Ursprung der drei Quintusäste, ferner den drei Augennerven. Die meisten Fälle von Tumor sind nicht allein auf den Sinus cavernosus beschränkt.

VI. Tumoren der hinteren Schädelgrube ziehen bei einiger Grösse Trigeminus, Facialis, Akusticus, Glossopharyngaeus, Vagus und Accessorius in ihren Bereich. Oefters wird auch der Abducens gelähmt. Abnahme des Sehvermögens ist bei Tumoren dieser Gegend eins der frühsten Symptome. Die Taubheit wird oft durch Ohrensausen eingeleitet, auf die Vagusreizung ist die Pulsverlangsamung und vielleicht das Erbrechen zu beziehen.

VII. Tumoren im vorderen Gebiet des Stirnlappens können ohne alle Heerderscheinungen verlaufen. Häufiger kommt es zu einseitigen epileptischen Anfällen, die von Drehung des Kopfes nach einer Seite begleitet sind. Schwankender Gang ist öfters als Symptom von Tumoren des Vorderlappens bemerkt.

VIII. Tumoren in der motorischen Zone des Hirnmantels können bei geringem Umfange und langsamer, gleichmässiger Entwicklung ohne Heerdsymptome

bleiben, meist aber bewirken sie eine langsam anwachsende Hemiplegie mit Hemianästhesie als directe Heerdsymptome. Active Contracturen kommen theils als Hemicontractur oder Monocontractur eines Arms oder Beins häufig zu Stande; so trat in einem von Wernicke beobachteten Falle linksseitige Hemiplegie als Folgezustand halbseitiger Krämpfe (links) auf. In einem Falle (von Haddon) bestand drei Monate lang nur Monoplegie des linken Beins, später kam Lähmung des linken Arms und Monoplegie des rechten Beins hinzu.

IX. Tumoren des Hinterhauptslappens machen hemiopische Symptome. Andere Heerdsymptome können fehlen oder erst später hinzutreten. Die Erweichung der Nachbarschaft kommt oft für die Heerdsymptome mehr in Betracht als der Tumor selbst. In einem Falle bestanden als Heerdsymptome: Schwäche, linksseitige Hemiparese, Anosmie und totale Blindheit (wegen doppelseitiger Hemiopie). Die Section ergab einen Tumor des rechten Schläfelappens und rahmige Erweichung des rechten Hinterhauptslappens.

X. Das directe Heerdsymptom des Schläfelappens ist Beeinträchtigung des Gehörs. Einseitige Schläfelappenaffection macht doppelseitige Symptome von Seiten des Gehörs. In einem Fall beruhte centrale Taubheit nur auf der Durchbrechung des Stabkranzes beider Schläfelappen. Die Akusticusfaserung muss daher in diesem Stabkranzantheile enthalten sein.

XI. Tumoren in den Stammganglien können bis zuletzt latent bleiben, wenn sie nicht auf benachbarte wichtige Faserzüge der inneren Kapsel oder des Stabkranzes übergreifen. Nur die Zerstörung des Pulvinar des Sehhügels macht Hemiopie. Einer Herabsetzung des Sehvermögens kann doppelseitige Erkrankung des Seehügels zu Grunde liegen. Unwillkürliche Schleuderbewegungen sind bei Tumoren des Sehhügels öfters beobachtet. Bei Uebergreifen auf die Kernregionen der Augenmuskelnerven können associirte Augenmuskellähmungen auftreten.

XII. Tumoren des Hirnschenkels machen oft als erstes Heerdsymptom Oculomotorius-Lähmung, welche meist auch auf die andere Seite übergeht. Sie kann als indirectes Heerdsymptom bei fast beliebigem Sitze des Tumors in einer Hemisphäre auftreten; jedoch ist beim Fehlen von ausgeprägten Allgemein-Erscheinungen diese indirecte Entstehungsweise der Oculomotorius-Lähmung auszuschliessen.

XIII. Tumoren des Pons erstrecken sich oft auf die Hirnschenkel und die Oblongata. Bei allen grösseren Tumoren des Pons ist eine bedeutende Betheiligung der Sensibilität die Regel. Es kann aber auch die halbseitige sensible Bahn isolirt von dem Tumor zerstört werden. Der Sensibilitätslähmung geht beim Trigeminus eine Neuralgie voraus, die Motilitäts-Störung besteht von vornherein in Lähmung. Fast alle Nerven einer Hälfte können unter der localen compressiven Wirkung eines Tumors gelähmt werden, gewöhnlich mit hemiplegischen Erscheinungen. Derartig sitzende harte Tumoren können den Pons auch nur bei Seite schieben und sich in ihrer Wirkung auf die fixirten Nervenstämme beschränken. Sitzt der Tumor in der hinteren Abtheilung des Pons und betrifft den Kern des Abducens, so ist die associirte Lähmung der Seitwärtsbewegungen beider Augen nach der Seite des Tumors die Folge: wird das Centrum doppelseitig ergriffen, so fällt die Seitwärtsbewegung der Augen nach beiden Richtungen aus. Rollungen um die Längsaxe des Körpers oder dauernde Verdrehung des Rumpfes beruhen wohl immer auf einer Betheiligung des Brückenarmes oder Strick-Körpers. Ein Theil der Aneurysmen der Basilararterien fällt unter die Ponstumoren.

XIV. Tumoren des Kleinhirns machen sehr bedeutende Allgemein-Erscheinungen infolge des hier besonders leicht resultirenden hochgradigen Hydrocephalus internus. Ausser Blindheit kann auch doppelseitige Taubheit auf diesem Wege ent-

stehen ohne Läsion des Akusticus an Ort und Stelle, ferner Anosmie durch Einschnürung der Olfactorii. Sehr selten kann der Verlust des Geschmacks und der Sensibilität des Gesichtes dazu kommen. Anfälle tonischer Convulsionen ohne Verlust des Bewusstseins oder erst dazu führend sind ein wichtiges Symptom bei Kleinhirntumoren (Jackson). Die Zerstörung des Wurms des Kleinhirns (Nothnagel) macht einen taumelnden und schwankenden Gang (Duchenne). Der Schwindel, der bei Kleinhirntumoren häufig mit dem Taumeln combinirt ist, ist aber nicht Ursache desselben. In einem Falle ist Taubheit einseitig, und zwar auf der Seite der Geschwulst beobachtet; hier ist dieselbe durch die locale, compressive oder erweichende Wirkung des Tumors bedingt. In den späteren Stadien, manchmal jedoch schon frühzeitig, stellen sich schwere Erscheinungen von Seiten der Oblongata ein: Singultus, Würgen, Synkope-Anfälle, plötzlicher Exitus.

XV. Die Oblongata wird besonders durch basal sitzende Tumoren betroffen, infiltrirte nur auf die Oblongata beschränkte Geschwülste sind selten. Fehlen Allgemein-Erscheinungen, so ist die Aehnlichkeit mit dem Bilde der Duchenne'schen Krankheit gross. Sitzt der Tumor an der unteren Hälfte der Oblongata, also unterhalb der wichtigsten Nervenstämme, so können Erscheinungeu von Seiten der Extremitäten die ersten und im Verlaufe vorherrschenden Symptome sein. Die vorderen Bündel der Pyramiden sind als Leitungsbahnen für die oberen, die hinteren Bündel als die für die unteren zu betrachten. Das apoplektische oder wenigstens ganz plötzliche Eintreten von Heerdsymptomen führt man auf eine Betheiligung der Gefässe zurück. Diese Annahme liegt besonders bei Aneurysmen nahe.

II. Gehirn-Abscess.

Die Heerderscheinungen des Gehirnabscesses sind fast sämmtlich directe und zwar:

1. die Folge der directen Zerstörung der Gehirnsubstanz durch Vereiterung;
2. der definitiven Zerstörung geht ein entzündliches Oedem und dem entsprechende Erweichung voran.

Die Nervenstämme der Basis werden beim Gehirn-Abscess nur alterirt, wenn die Gegend des Hirnschenkels, des Pons und der Oblongata selbst Sitz des Abscesses sind.

1. Abscesse im vorderen Gebiet des Stirnlappens können in Bezug auf Heerdsymptome latent bleiben, selbst doppelseitige.

2. Abscesse in der motorischen Region der Hemisphären machen bei grösserem Umfange Hemiplegie, welche meist in charakteristischer Weise durch Aneinanderreihung von Monoplegieen entsteht.

3. Abscesse des Hinterhauptslappens machen als directes Heerdsymptom Hemiopie. Dieses Symptom ist für die Localisation des Heerdes mit so grosser Sicherheit verwerthbar, dass darauf hin in einem Falle die Trepanation und die Entleerung des Eiters vorgenommen werden konnte.

4. Abscesse des Schläfelappens, häufig infolge cariöser Processe im inneren Ohr vorkommend, rufen als Heerdsymptom überwiegend gekreuzte Taubheit hervor. Eiterige Erkrankungen des Mittelohrs, die zum Abscess führen, beruhen meist auf constitutioneller Grundlage und sind daher gewöhnlich doppelseitig.

III. Meningitis.

Die Meningitis tritt oft als epidemische Cerebrospinalmeningitis auf, ausnahmsweise sporadisch. Die häufigeren Ursachen sind: Otitis media und vorangegangene Schädel-Traumen. Die epidemische Form verläuft am raschesten, die eite-

rige Meningitis in 2 bis 3 Wochen, die tuberculöse sehr unregelmässig lange, am langsamsten die circumscripte basale Meningitis. In den acutesten Fällen treten plötzlich Convulsionen epileptischer Natur auf, gefolgt von Koma, das bis zum Tode anhält, verbunden mit Jactation und Erbrechen. Weitere Symptome sind unwillkürliche Entleerungen, Pupillen-Verengerung, kurz vor dem Tode Erweiterung derselben, Pulsverlangsamung, die vor dem Ende in Pulsbeschleunigung übergeht. In einigen Fällen ist Stauungspapille, auch vorübergehend Strabismus und Nystagmus beobachtet. Die Temperatur ist hoch, die Athmung hat zuletzt den Stokes'schen Typus.

Die Basilar-Meningitis (meist bei Kindern) beginnt mit psychischen Veränderungen des Charakters. Dann stellt sich Apathie ein, unruhiger Schlaf, Erbrechen, Kopfschmerz etc. Daneben bestehen Schlummersucht, Jactation, Hyperästhesie, besonders an der Nacken- und Halsmuskulatur und der Rückenhaut. Convulsionen treten meist schon vorher auf. Zuletzt tritt Koma ein mit Augenmuskellähmung, Stokes'scher Athmung, Zunahme der Pulsfrequenz.

Bei der Erkrankung der Convexität wiegen die psychischen Symptome unter dem Bilde des Delirium tremens vor. Dabei besteht hektisch-fieberhaftes Aussehen, intercurrent treten epileptische Anfälle auf, der Tod erfolgt plötzlich oder im Koma. Die Dauer beträgt höchstens 4 Wochen, meist 8 bis 14 Tage bei Erwachsenen. Wichtig ist, ob die Erkrankung der Basis oder die der Convexität prävalirt, und ob ein erheblicher Erguss in die Ventrikel stattfindet. Man könnte eine delirirende und eine typhöse Form unterscheiden, die delirirende unterscheidet sich in nichts von dem Delirium tremens. Der Sectionsbefund zeigt eine fast ausschliessliche Erkrankung der Convexität mit Theilnahme der Hirnrinde an der Entzündung.

Die typhöse Form ist dem Abdominaltyphus sehr ähnlich (cf. p. 237). Der Kopfschmerz ist intensiver als bei Typhus, auch Erbrechen ist bei Typhus fast nie vorhanden. Der Leib ist kahnförmig eingezogen, schmerzhaft und gespannt. Es fehlen die Roseola, der Milz-Tumor, die Darmerscheinungen, die Temperaturcurve. Hyperästhesie der Haut und Muskulatur, Nackensteifigkeit, Pulsus cerebralis, seufzende Inspiration sprechen für Meningitis. Oft ist Stauungspapille nachweisbar, Convulsionen fehlen nicht selten, Lähmungen treten oft ganz zuletzt erst ein. Das Koma dauert länger als bei der delirirenden Form. Zwischen beiden Formen kommen Uebergänge vor.

Die Heerdsymptome der Meningitis sind: 1) solche von Seiten der Gehirnnerven an der Basis; 2) solche von Seiten der Hirnrinde; 3) solche von Seiten der Stammganglien.

1. Die Lähmungen der Hirnnerven beruhen auf selbstständigen Erkrankungen der Nervenstämme von entzündlichem Charakter. Man findet kleine Blutungen im Neurilemma oder vorgeschrittene fettige Umwandlung des Nervenmarks. Bei der eiterigen Meningitis sind die Veränderungen entzündlicher Natur. Hierher gehören die meisten Fälle von Neuritis optica mit geringen Stauungserscheinungen. Bei der tuberculösen Meningitis kommt die Stauungspapille durch intrakranielle Drucksteigerung zu Stande. Daher erkrankt am frühesten der Opticus, dann der Oculomotorius (ein- oder doppelseitig), dann wird der Abducens befallen. Oft kommt es zur totalen Lähmung aller Augenmuskeln. Bei der chronischen, circumscripten Basilarmeningitis werden die Nervenursprünge an der Vorder- und Seitenfläche der Oblongata befallen. Die Augenmuskelnerven können frei bleiben.

2. Heerdsymptome von Seiten der Hirnrinde haben als Ursache circumscripte, tuberculöse Erweichungen der Hirnrinde. Dieselben machen, sitzen sie an der motorischen Region des Grosshirns, Hemiplegie oder Hemiparese ohne Theilnahme des Facialis. Die Facialislähmung entsteht als Monoplegie, nächstdem häufig ist die Monoplegia brachialis, selten die cruralis. Facialislähmung allein beobachtete Wernicke häufiger. Aphasie soll ein fast constantes Symptom der tuberculösen Meningitis sein.

Die Sensibilität ist an den betroffenen Körpergebieten herabgesetzt, nicht selten besteht vorher Hyperästhesie.

3. Die Lähmungen von Seiten der Stammganglien haben meist die Form der Hemiplegie. Sie beruhen auf Erweichungsheerden, die durch Gefässverschluss verursacht werden.

II. Constitutionelle Krankheiten.

§. 225.

1. Anämie. Vielfach stehen chronische constitutionelle Leiden in einem ursächlichen Verhältniss zur Entstehung von Irresein. Unter ihnen stehen obenan alle Zustände von Inanition und Anämie, wie sich solche nach einmaligen grossen Blutverlusten (z. B. bei der Geburt), nach langem Hunger und Elend, nach selbsterzwungenem Fasten (religiöser Askese in früheren Zeiten), nach zu lange fortgesetztem Säugen, endlich infolge der verschiedensten allgemeinen und localen Leiden, welche die Verdauung, Blutbildung und Ernährung herabsetzen, ausbilden. Dieselbe wichtige Rolle spielt ja die Anämie bei der Entstehung vieler anderen Neurosen, und wir sehen noch innerhalb der physiologischen Grenzen, wie ein Körperzustand, bei dem die Ernährung herabgesetzt ist, viel leichter einen gereizten Zustand in den Nerventhätigkeiten, mehr oder weniger Störung des Schlafes etc. mit sich bringt. Unter allen rein somatischen Ursachen wollte Verf. diesen sehr verschieden modificirten anämischen Zuständen beinahe den grössten Werth beilegen; der gute Erfolg einer ernährenden und restaurativen, der schlechte einer entziehenden Behandlung in der grossen Mehrzahl der Fälle bestätigt diese Ansicht; die ältere Medicin meinte dasselbe, wenn sie von der „asthenischen Natur“ sehr vieler Geisteskrankheiten sprach.

Das Irresein nach acuten Krankheiten fällt zu grossem Theil unter diese Kategorie; ebenso sehr viele Fälle hysterischer Geisteskrankheit; die Sonderbarkeiten und Grillen der ausgesprochen Chlorotischen entwickeln sich manchmal allmählich zu wirklicher psychischer Störung. — Es ist übrigens ganz ungewiss, ob in allen diesen Fällen gerade Anämie des Gehirns als der das Irresein zunächst vermittelnde Zustand anzunehmen ist; mit der allgemeinen Anämie können sich vorübergehende und vielleicht auch hartnäckige Congestivzustände zum Gehirn verbinden, und ersteres sehen wir gar nicht selten bei Zunahme der nervösen und psychischen Aufregung.

Anämie infolge wiederholter Blutverluste, Lactation, Inanition, Schlaflosigkeit, Excesse, Chlorose bedingt zunächst die „reizbare Schwäche“. Es entwickelt sich eine grössere Labilität des psychischen Gleichgewichts, welche sich in Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, leichterem Stimmungswechsel, Neigung zu impulsivem Handeln äussert.

2. Tuberculose. Die tuberculöse Constitutions-Erkrankung scheint gleichfalls gar nicht selten Anlass zur Entwicklung psychischer Krankheiten zu geben. — Einzelne Fälle passiren noch als „Geisteskrankheiten“, kommen sogar noch in Irrenanstalten, wo tuberculöse Processe

in der Schädelhöhle selbst psychische Störungen (nicht leicht ohne gleichzeitig mehr oder weniger motorische Affectionen, oft auch Erbrechen etc.) erregen. Meningeal-, selbst Hirntuberculose, oder sogar basilare Meningitis leichteren und etwas protrahirteren Verlaufs (vgl. p. 237 u. 297), ferner Fälle frischer Erkrankung, die Andeutungen von Nackencontractur bieten, wo die Untersuchung Lungentuberculose ergiebt, oder selbst nur eine erloschene Tuberculose sehr wahrscheinlich ist, verdienen in dieser Beziehung die sorgfältigste Beachtung. Alle diese Fälle endigen innerhalb kurzer Zeit tödtlich. — Gewöhnlich aber stehen Tuberculose und Irresein in einem anderen Verhältniss zu einander, und das Irresein stellt sich unter seinen gewöhnlichen chronischen Formen dar. Zuweilen bilden sich psychische Störungen aus im Beginn oder doch in den ersten Stadien der Lungentuberculose, welche dann oft noch nicht erkannt wird und auch später sich für den weniger aufmerksamen Beobachter, von den Symptomen der Geisteskrankheit überdeckt, kaum durch den zunehmenden Marasmus und das hektische Fieber kundgiebt. Und sehr interessant sind besonders die Fälle, wo unter Erscheinung von Kopfcongestion Schwermuth oder Tobsucht ausbricht bei Individuen, die noch keine ganz sicheren Zeichen von Lungentuberculose darbieten, aber nach kurzem Bestehen der psychischen Störung deutlich entwickelte Tuberculose erkennen lassen, und wo nun die Stimmung freier, klarer wird, und die Kranken sich geistig bessern oder genesen. Meistens macht dann bei diesen geistig Genesenen die Tuberculose einen rasch tödtlichen Verlauf, doch kommen auch hier endliche völlige Stillstände (Genesungen) von der Tuberculose vor. — Der Mechanismus der Entstehung der Geisteskrankheiten in diesen Fällen lässt sich nicht angeben. Die Erklärungen aus der „Krase“ sind mit Recht verlassen. — In noch anderen Fällen aber bricht das Irresein erst in der späteren Periode der Phthisis confirmata als Schwermuth, häufiger in der Form von maniakalischen Paroxysmen aus; diese gehen zuweilen erst kurz dem Tode vorher. In derlei mehr chronischen Fällen kommt es vor, dass mit dem Ausbruch der Geisteskrankheit die Hauptsymptome der Phthise, Husten, Auswurf etc., nachlassen, selbst die Ernährung sich wieder in etwas hebt.

Es hat sich nicht bestätigt, dass das Irresein mit oder aus Tuberculose einen eigenthümlichen Charakter zeige; Jacobi schrieb ihm eine besondere Grillenhaftigkeit, ein launenhaftes Schwanken zwischen Extremen zu; Neumann giebt an, dass von Anfang an Depression, Einkehr in sich selbst, grosse gemüthliche Reizbarkeit und Unzufriedenheit, mürrisches Wesen, Neigung zum Schelten vorhanden sei, später sich eher eine mildere Stimmung entwickle; doch sind dies inconstante Charaktere. Diagnostisch brauchbar sind nur die physikalischen Zeichen in Verbindung mit etwaiger hereditärer Disposition, der Anamnese etc.

In einem vom Verf. beobachteten Falle beruhte das schwere Gehirnleiden mit vorwiegenden psychischen Symptomen bei einem Phthisiker im letzten Stadium auf sehr ausgedehnter Blutcoagulation in den Sinus (s. des Verf. Diagnost. Bemerkungen über Hirnkrankheiten p. 84). — Das chronische Irresein, welches in vorhin geschilderter Weise ohne bekannte palpable Gehirnerkrankung bei Tuberculösen zur Entwicklung kommt, scheint vorzüglich mit der constitutionellen Allgemein-Erkrankung, welche eine grössere nervöse Reizbarkeit bei Disponirten setzt, vielleicht auch mit Kreislaufsstörungen in der Schädelhöhle zusammenzuhängen.

§. 226.

3. Syphilis.[1]) Die constitutionelle Syphilis wird nicht leicht anders als durch palpable Ernährungskrankheiten des Schädels, des Gehirns und seiner Häute zu Irresein führen, ist aber in dieser Beziehung aufs ernstlichste zu berücksichtigen. Periostitiden mit leichten Entzündungsprozessen an der Dura und den zarten Häuten, schwerere chronische Meningitis und Encephalitis sind diese Processe; man will auch schon wirkliche Exostosen der Basis kranii bei Paraphrenia paralytica progress. gefunden haben. Längere Zeit vorausgegangene, nächtlich exacerbirende Kopfschmerzen, Affectionen der Nasenknochen, äussere Tophi am Schädel, dann die bekannten Erscheinungen der constitutionellen Lues an anderen Theilen sind für die Diagnose zu verwerthen.

Vgl. des Verf. Diagnost. Bemerkungen über Hirnkrankheiten, Archiv der Heilk. 1860, I, wo ein seltener Fall wahrer syphilitischer Meningitis mit Blödsinn mitgetheilt ist.

Was die Psychose, welche durch Syphilis hervorgerufen ist, anlangt, so handelt es sich stets um eine Geistesstörung, welcher eine mehr oder minder scharf localisirte typische Gehirnerkrankung zu Grunde liegt. Zwar kennen wir noch nicht die Bedingungen, unter welchen die chemischen Krankheitsproducte entstehen, welche die Degeneration bestimmter Nervenfasergebiete bewirken, jedoch müssen wir zwischen der unmittelbaren Bakterienwirkung und den secundären, auf chemischen Giftwirkungen beruhenden Degenerationsvorgängen unterscheiden. Erstere besteht in der specifischen Gummabildung; zu letzteren rechnen wir die postsyphilitischen Nervenerkrankungen, deren häufigste Formen die Tabes und Paralyse sind (Rumpff). Strümpell (Vers. d. Naturf. Heidelb. 1889) bezeichnet Tabes und Paralyse nur als verschiedene Localisationen desselben Krankheitsprocesses.

Dass Tabes und progressive Paralyse mit Lues irgendwie zusammenhängen müssen, wird von der Mehrzahl der Neuropathologen heute als feststehende Thatsache betrachtet, doch sind hierüber die Acten wohl noch nicht geschlossen. Der Ansicht von dem Zusammenhange

[1]) Cf. Rumpff, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, Wiesbaden 1887.

der Tabes mit der Syphilis tritt auch Minor an der Hand einer Anzahl klinisch beobachteter Fälle bei. Von 8 weiblichen Tabikern waren 7 sicher, 1 wahrscheinlich früher specifisch inficirt gewesen. Die ersten Zeichen der Tabes traten zwischen dem 3.—16. Jahre nach der Infection auf. Derselbe Autor fand bei den nicht jüdischen nervenkranken Russen 2,9 %, bei den russischen Juden nur 0,8 % Tabes dorsalis, ebenso bei den nicht jüdischen neuropathischen Russen in 2,6 %, bei den Juden nur in 0,8 % progressive Paralyse. Syphilis war bei jüdischen Tabikern in 87 %, bei jüdischen Paralytikern in 85 % nachgewiesen. Sowohl die Tabes dorsalis und progressive Paralyse als auch die Syphilis ist bei den nicht jüdischen Russen fünf mal so häufig als bei den Juden Russlands. Dieses zusammengehalten mit der Seltenheit der Tabes und Syphilis bei den Juden scheint für den ätiologischen Zusammenhang der Syphilis und der Tabes zu sprechen, im Anschluss an die Ansicht Strümpell's, welcher in der Tabes eine postsyphilitische nervöse Affection sieht.

Die Lues ist nur selten directes ursächliches Moment einer Psychose. Die Folgen der geschlechtlichen Excesse sind wichtige Hilfsursachen für die Entstehung einer geistigen Störung. Viele Irre ziehen sich erst im Verlaufe der Geistesstörung Lues zu, ohne dass irgend ein Zusammenhang zwischen derselben und der Geistesstörung vorhanden wäre.

Andrerseits giebt es Fälle, in denen eine vor langen Jahren erworbene Syphilis der hypochondrischen Dysthymie eine besondere Färbung giebt (Syphilidophobie). Ausser dem psychischen Einfluss einer Erkrankung an Lues kann letztere auch Geschwülste des Hirns und seiner Häute bedingen, welche Epilepsie mit nachfolgender psychischer Erkrankung hervorrufen. Nach Savage (l. c. p. 76) folgt auf syphilitische Epilepsie häufiger ein fortschreitender Schwachsinn als eine sich an die Krampfanfälle anschliessende maniakalische Aufregung. Multiple syphilitische Tumoren in bestimmten Bezirken des Gehirns können classische Paralyse vortäuschen; ausserdem kommen auch Manie, Melancholie oder Blödsinn in Verbindung mit syphilitischer Arterien-Erkrankung vor. Derselbe Autor unterscheidet: 1. die schwere örtliche luetische Erkrankung, welche zur Störung eines Sinnesorgans führt; 2. Epilepsie infolge von syphilitischen Hirntumoren, welche häufig zu umschriebenen Lähmungen führen.

Rumpff (l. c. p. 103 f.) unterscheidet zwei Erkrankungsformen:

1. die syphilitische Granulationsgeschwulst der Gewebscapillaren an den Gehirnhäuten der Convexität;

2. die syphilitische Granulationsgeschwulst der Gefässcapillaren an den zuführenden grossen Arterien des Gehirns.

Die Störungen bestehen:

1. in der Reizung oder Lähmung gewisser, von der Neubildung direct betroffener Centren oder Bahnen;

2. in einer Beeinträchtigung der nicht direct betroffenen Gehirntheile.

Die Allgemeinerscheinungen, welche auf die Diagnose der ersten Form hinweisen, sind: Störung des Sensoriums und der Intelligenz, Convulsionen und Neuritis optica. Die durch Fernwirkung, von einer Neubildung aus, hervorgerufene Epilepsie zeigt vielfach das Fehlen einer schweren Beeinträchtigung des Sensoriums, ebenso selten werden Störungen der Intelligenz damit verbunden sein.

Die syphilitische Granulationsgeschwulst der Gefässe zeigt sich bei höheren Anforderungen an die Gehirnfunctionen durch Schwere des Kopfes, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit und hier und da Kopfschmerzen an.

Eine Gefässerkrankung kann 1. zu Aneurysmabildung führen; das Resultat ist eine Gehirnblutung mit zweifacher Folge:

a) das ausgetretene Blut verursacht locale Störungen;

b) das geborstene Gefäss ernährt nicht mehr die von ihm versorgte Gehirnparthie. Der Tod kann eintreten, falls lebenswichtige Centren direct oder indirect beeinträchtigt werden.

2. Der zweite Ausgang einer Gefässerkrankung besteht in einem Verschluss des Gefässes entweder durch die erkrankten Wandungen des Gefässes selbst oder secundär durch eine Thrombosirung. Dadurch kommt es zur Anämie des betreffenden Gehirnabschnittes.

Ein rascher Verschluss eines Gefässes geht meist mit schweren Insulten und Bewusstseinsstörung einher. Je schneller sich die Circulationsstörung ausgleicht, um so rascher wird der Anfall vorübergehen. Er wird vom einfachen, Secunden umfassenden Schwindel bis zum schwersten und auf Tage sich ausdehnenden apoplektischen Insult schwanken.

Durch den verminderten Zufluss arteriellen und geringeren Abfluss venösen Blutes verzögert sich die Abfuhr der Stoffwechselproducte. Diese Processe veranlassen eine Herabsetzung der geistigen Functionen, welche von der Ernährung abhängig sind. Durch die veränderten Strömungsverhältnisse treten Aenderungen in der Circulation der Lymphe ein. Das erste Symptom ist ein intensiver Kopfschmerz, als wolle der Kopf springen. Im weiteren Verlauf kommt es zur Alteration der Medulla oblongata mit Störungen der Herz- und Athembewegungen, die baldigen Exitus zur Folge haben. Bei weniger acutem Eintreten der Circulationsstörungen kann es zu hochgradiger Abnahme der Intelligenz kommen.

Die Meningitis diffusa basilaris syphilitica ist die gewöhnlichste Form syphilitischer Erkrankung des Gehirns. Von psychischen Symptomen bilden Abnahme der Intelligenz, Apathie und Gedächtnissschwäche die Regel. Intercurrent stellen sich plötzliche Anfälle von Bewusstseinsstörung oder von Verwirrtheit, Erregtheit, Tobsucht ein. Auch Polydipsie und Polyurie sind häufig beobachtet. Lähmungssymptome, welche sich meist im Gefolge der genannten Allgemein-Erscheinungen geltend machen, betreffen ausschliesslich den Oculomotorius und den Opticus. Zuweilen wird ein Augenmuskel nach dem anderen ergriffen (Buttersack cit. von Rumpff), zuweilen sind nur

die Pupillarnerven betheiligt, oder es besteht nur reflectorische Pupillenstarre. Nicht selten wird in diesen Fällen eine Neuritis optica, ein- oder doppelseitig, oder auch Stauungspapille oder eine Atrophie neuritischen Ursprungs beobachtet. Der ophthalmoskopische Befund ist häufig ein negativer und unbestimmter.

Nicht selten besteht eine Anosmie ein- oder doppelseitig. Bisweilen sind auch die Olfactorii in die basale Neubildung eingebettet. Häufiger ist eine Betheiligung des Trigeminus, die sich zunächst durch Neuralgieen, nicht selten durch Anästhesie kund giebt. Auch der Facialis und Akusticus können bei Ausbreitung des Processes nach hinten ergriffen werden. Oft deuten die Krankheitserscheinungen, das Verschiedenergriffensein der Hirnnerven auf getrennte Heerde. Bei der Carcinomatose der Schädelbasis ist ein ähnliches Symptomenbild beobachtet worden.

§. 227.

4. Auch das pellagröse Irresein, welches besonders in Oberitalien, nach neueren Beobachtern auch in einigen Gegenden Frankreichs (Rennes, Angers etc.) vorkommt, scheint auf einem Leiden der Constitution zu beruhen, dessen eigentliche Ursache noch unbekannt ist, das sich aber besonders durch ein erythematöses Exanthem, durch chronische Diarrhöen, Anämie und Marasmus äussert.

Das pellagröse Irresein tritt auf: als Hyperthymie, Dysthymie in leichter und schwerer Form (Selbstmordtrieb), als religiöse Paranoia, Schwach- und Blödsinn, in der Form parabulischer Zustände (Nymphomanie, impulsives Irresein). (Lombroso.)

Ueber eine Entstehung von Seelenstörungen unter dem bestimmenden Einflusse der Gicht lässt sich nichts Positives beibringen. — Die Cholämie scheint zwar von bedeutendem Einfluss auf die Stimmung zu sein, und beim acuten Ikterus gravis sehen wir heftige Delirien ohne entsprechende Gehirnveränderung eintreten; von einem Einflusse cholämischer Zustände auf die Entstehung von chronischem Irresein aber liegen keine bestimmten Beobachtungen vor.

III. Infectionskrankheiten.

§. 228.

Es ist häufig die Beobachtung gemacht worden, dass auf acute Infectionskrankheiten (Typhus, Influenza, Rheumatosen etc.) Alienationszustände folgten. Theils rief die Höhe des Fiebers delirante Zustände hervor, theils waren es die Krisen, welche alterirend auf das Centralnervensystem einwirkten. Kraepelin (l. c. p. 14) sah acute Collapszustände bei plötzlichem Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz mit völliger Verwirrtheit, Ideenflucht, Aufregungen und Sinnestäuschungen eintreten, während bei langsamerem Eintritt der Reconvalescenz unter dem Einfluss zufälliger Reize chronisch verlaufende Alienationszustände sich zeigten. Sogenannte nervöse Nachkrankheiten kommen ausser bei der Diphtherie besonders nach dem Abdominaltyphus und der Dysenterie vor. Es treten eine gewisse Zeit nach der ursprünglichen Krankheit einfache degenerative Zustände meist in den peripherischen Nerven auf, deren klinische Folge-

erscheinungen bald als Lähmungen, bald als Ataxie oder sonst wie zu Tage treten.

1. Bei typhösen und Malaria-Processen liegt der Grund der Infection in den chemisch erheblich veränderten Zerfallproducten des Stoffwechsels (Kraepelin). Die Inanitionsdelirien äussern sich entweder als acute, desultorische elementare Störungen, wie Hallucinationen, Angstgefühle etc. oder als sich protrahirende und sich mehr complicirende Zustände melancholischer, manischer, hallucinatorischer Verwirrtheit, psychischer Erschöpfung.

Nach Typhus, und zwar nach schwerem wie nach leichtem Verlauf desselben, kommen gar nicht selten leichte Fälle psychischer Störung vor, die man den verschiedenen leichten Affectionen in anderen Gebieten des Nervensystems, der incompleten Anästhesie, den vorübergehenden Paralysen an den Extremitäten etc. an die Seite stellen kann. Der schon fieberlose oder schon ganz in die Reconvalescenz eingetretene Kranke behält entweder noch einzelne Fragmente seines früheren Fieberdeliriums bei oder äussert, unabhängig von diesem, allerlei Verkehrtheiten, irrige Ansichten über dies und jenes, hier und da selbst über die eigene Persönlichkeit, wohl auch Hallucinationen neben geistiger Ermattung und Schwäche, ohne besonders tiefgehende Erregung des Gemüthes. Diese Form von Seelenstörung, eine Art mehr fragmentaren Deliriums, giebt eine durchaus günstige Prognose und verliert sich fast immer rasch mit dem Fortschritt der Ernährung und der Kräfte, wenn sich auch, wie es hier und da vorkommen soll, einige maniakalische Aufregung damit verbunden hat. Es sind dies mehr Fälle von langsamer Rückkehr normaler Gehirnfunctionen und sie kommen nicht in die Irrenanstalten. Es giebt aber auch viel schwerere Fälle wirklichen chronischen Irreseins, das in der Reconvalescenz von Typhus beginnt oder sich wenigstens mit seinen leisen Anfängen auf solchen zurückführen lässt. Katatonische und paranoïsche Zustände, melancholische Alienation mit Abstinenz, vornehmlich Formen der Paraphrenia alternans seu complexa mit frühzeitiger Einmischung von Erscheinungen psychischer Schwäche — dies ist die gewöhnliche Verlaufsweise dieser Fälle, in denen es zu einer Erholung der Gehirnfunctionen nicht mehr kommt, die vielleicht auf bleibenden Ernährungsstörungen des Gehirns beruhen, jedenfalls aber erfahrungsgemäss eine ungünstige Prognose geben.

Die Schriftsteller über Typhus, z. B. Chomel, Louis (II. p. 33. 2. éd.), sodann Simon (Journal des connais. méd.-chir. Août 1844. p. 53), Sauvet (Annal. méd.-psychol. 1845 VI. p. 223), Leudet (ibid. 1850 p. 148), Thore (ibid. p. 596), Schlager (Oesterr. Zeitschr. für pract. Heilk. 1857. 33—35), Tüngel (Clinische Mittheilungen. Hamburg 1860. p. 18 ff.) haben hierher gehörige Fälle mitgetheilt. —

Die Lyssa humana macht sehr prägnante psychopathische Symptome.

§. 229.

2. Die Intermittens kann, allerdings selten, an Orten, wo sie endemisch ist, von vornherein als intermittirende Psychose auftreten, zweitens beobachtet man Attaquen von psychischer Störung, welche für Fieber-Paroxysmen vicariiren. Dieses Irresein kann einen remittirenden oder continuirlichen und selbst chronischen Verlauf nehmen. Die transitorischen Intermittens-Psychosen haben meist den Charakter eines furibunden Deliriums mit höchster Agitation, seltener den der Schwermuth, des religiösen Grössenwahnsinns, oder der Wasserscheu mit Beisswuth. Auch Sopor und Koma sind nicht selten die Hauptsymptome. Endlich kommen Paraphrenieen mit Ausgang in Heilung oder in psychische Schwäche als Nachkrankheiten schwerer Intermittensformen vor.

Der Zusammenhang einzelner Fälle psychischer Erkrankung mit dem Wechselfieber-Processe ist seit Sydenham beobachtet worden. Es ist hier ein sehr verschiedenes Verhältniss beider Affectionen zu einander zu unterscheiden. In der einen — vielleicht kleinsten — Reihe von Fällen verhält sich die Sache so, dass an Orten, wo Wechselfieber endemisch sind, einzelne Individuen statt von dem gewöhnlichen Intermittens-Anfall, gleich von vornherein von einem intermittirenden Gehirnleiden befallen werden, das sich in regelmässigen (tertianen, quartanen) Anfällen von Irresein ausspricht (Intermittens larvata). Hierbei sind gewöhnlich noch einzelne Andeutungen der Stadien des Anfalles, Gähnen, Frösteln, Hitze zu bemerken, und vorzüglich das Hitzestadium ist es, das gerne mit starken, bis zur Tobsucht gehenden Gehirncongestionen sich complicirt. Hier ist also nicht ein bestandenes Wechselfieber, sondern die endemische Wechselfieber-Ursache, auch die Ursache des Irreseins. Das Rhythmische in der Wiederkehr der Anfälle, besonders aber ein starkes Steigen der thermometrisch gemessenen Körperwärme während derselben sind, nebst der Endemicität der Intermittens, hier die diagnostischen Anhaltspunkte.

I. Beispiel. — Ein junger Mann erlitt fünf Anfälle von Seelenstörung, einen um den andern Tag. Der Anfall begann nach kaum merklichen Horripilationen mit einem nicht zu beschreibenden Wehgefühl in der Herzgrube, verbunden mit Herzklopfen, welches sich schnell zur heftigsten Angst steigerte. Diese bildete den Ausgangspunkt der Delirien, aus denen der Kranke erst nach einem tiefen Schlaf, in Schweiss gebadet, zu sich kam. Er genas bald unter Behandlung des Wechselfiebers. (Flemming, Psychosen. p. 87.)

II. Beispiel. — Ein kräftiger Bauer, 30 Jahre alt, der nie an Intermittens gelitten, aber wohnhaft in einem der vielen Fieberheerde der Umgegend Siegburgs, ward plötzlich von Tobsucht befallen, hielt sich für Christus und die ihm Nahenden für Hexen, misshandelte seinen Herrn etc. Der Kopf war heiss, die Augen geröthet, wild rollend, die Zunge weiss, das Epigastrium aufgetrieben, der Puls etwas beschleunigt, nicht

fiebernd, die Füsse kalt. Auf Eisumschläge, Schröpfköpfe etc. trat Ruhe ein, und Patient erschien in den nächsten zwei Tagen geistesgesund. Am vierten Tage wiederholte sich genau um dieselbe Tageszeit die nämliche Scene (Salmiak, Extr. Trifol. fibr. und Brechweinstein). Im Quartantypus zeigte sich noch ein dritter Anfall, aber gelinder, von kürzerer Dauer und mit nachfolgendem Schweiss, worauf durch Chinin die Neurose beseitigt wurde. Trotz noch längeren Fortgebrauchs der China trat doch nach fünf Wochen ein Rückfall dieses typischen Irreseins ein, der aber, wie ein späterer, endlich dauernd durch China und Chinin verscheucht wurde. (Focke, Zeitschr. für Psych. V, p. 376.)

Andere Male treten nach längerem oder kürzerem Verlauf eines gewöhnlichen Wechselfiebers, statt der bisherigen Frost- und Hitzeparoxysmen, nun — gleichsam durch einen Umsprung der Affection — intermittirende Paroxysmen von Irresein auf (heftige Anfälle von Tobsucht mit Wuth, auch rasche Selbstmorde im Anfall), Zustände, welche mit Rücktreten der entschiedenen Periodicität, nicht selten den remittirenden und anhaltenden Typus annehmen und in chronische Geisteskrankheiten übergehen. — Endlich drittens, und zwar am häufigsten, tritt das Irresein als Nachkrankheit eines beseitigten Wechselfiebers, entweder früher in der Reconvalescenzperiode, oder erst Monate lang nach dem Aufhören der Intermittens auf. Namentlich nach sehr lange dauernden und schweren (besonders Quartan-) Fiebern bleiben Störungen zurück, welche Irresein erzeugen können.

Die psychische Krankheit dauert alsdann häufig als gleichmässig anhaltendes, chronisches Leiden fort, und von der Intermittens ist nichts mehr zu bemerken. Oder es bleiben Reste von dieser noch erkennbar, Milz und Leber sind geschwollen, es besteht Kachexie, es kommen (während der psychischen Krankheit) von Zeit zu Zeit irreguläre Wechselfieber-Paroxysmen. In Fällen letzterer Art besonders hört zuweilen mit Wiederkehr einer acuten Reihe starker Intermittensanfälle, aber auch mit Hebung der gesammten Intermittens - Erkrankung durch Chinin das Irresein schneller oder langsamer wieder auf. Für die Entstehung aller Fälle der dritten Kategorie dürfte gewiss einestheils der anämisch-kachektische Zustand überhaupt, den das Wechselfieber zurücklässt, anderntheils besonders die Melanämie und der Absatz des körnigen Pigments in den Gehirngefässen (s. hierüber „Infectionskrankheiten", Virchow's Pathologie II) wichtig sein, wie letzterer auch sehr wahrscheinlich schwere acute Cerebral-Erscheinungen (Koma, apoplektiforme Zufälle etc.) im Wechselfieber-Anfall selbst (einzelne Fälle erster und zweiter Kategorie) hervorrufen kann. Doch giebt es Sectionsberichte, wo keine Pigmentirungen des Gehirns vorzuliegen scheinen[1]).

---

[1]) Hoffmann (Günsburg's Zeitschrift IV. p. 365). Das Irresein war nach Wechselfieber entstanden. Bei der Section fand sich Hirnatrophie, „Corticalschicht blass, blässer als die grauen Centralmassen."

Jacobi hat 3 Fälle mitgetheilt, wo statt eines bestehenden (chronischen) Irreseins Anfälle von Intermittens kamen, und mit diesen die Krankheit aufhörte, (kritische Bedeutung der Wechselfieber).

Koster beobachtete unter 24 Irren in Siegburg, die Intermittens bekamen, 7 mal Besserung, 10 mal keinen Einfluss; unter den letzteren Fällen waren aber viele chronische, unheilbare, unter den ersteren auch einzelne solche, welche eine sehr schlechte Prognose gegeben hatten. — Gaye in der Schleswiger Anstalt beobachtete in drei Jahren 56 Fälle von Wechselfieber bei Irren, hat aber „nur ausnahmsweise günstige Resultate gesehen."

Vgl. Sebastian, Bemerkungen über die Melancholie und Manie als Nachkrankheiten der Wechselfieber; Hufeland, Journal 1823, Bd. VI, p. 3 seqq. Mongellaz, Monographie des irritations intermittentes. Paris 1839, I, p. 638 seqq. Lippich, Beiträge zur Psychiatrie. Oesterr. Jahrbücher Juni 1842, p. 282 seqq. Baillarger, Sur la folie à la suite des fièvres intermittentes. Annal. méd.-psychol. 1843. II. p. 372. Focke, Ueber typisches Irresein. Zeitschr. f. Psych. V, 1848, p. 375. Koster, Diss. Bonn 1848. Bericht der Wiener Irrenanstalt (Wien 1858), p. 51.

Auch nach abgelaufener Cholera (asiatica) kommen zuweilen acute psychische Störungen vor, bald als mehr flüchtiges Delirium, Geistesabwesenheit, verkehrtes Treiben, bald als tobsüchtiger Paroxysmus von meist kurzer Dauer (einige Tage bis einige Wochen), der mit Abspannung und Schlaf endigt, hier und da auch ein etwas länger dauernder Depressionszustand mit Wahnvorstellungen, mehr oder weniger auch mit Erscheinungen psychischer Schwäche. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, und die meisten dieser Kranken kommen nicht in die Irrenhäuser; Todesfälle der durch die vorausgegangene schwere Krankheit geschwächten Individuen kommen in der maniakalischen Aufregung vor, zuweilen auch Uebergang in unheilbare Formen.

Beispiele siehe u. A. bei Fischel, Prager Vierteljahresschrift, Bd. 32, 1851, p. 85. Delasiauve, Annal. méd.-psychol. 1849. II. Ser. Tom. 1. Neumann, Lehrbuch d. Psychiatrie 1859, p. 164.

§. 230.

3. Pneumonie. Von grossem Interesse sind die Fälle von Irresein (meist acute Manieen), welche im Verlaufe der Pneumonie, selten im Anfang und auf der Höhe, häufiger in der Zeit des Fieberabfalles oder selbst erst gegen die Reconvalescenz hin, ausbrechen, und in keiner Weise mit dem gewöhnlichen Delirium, das die schwereren Fälle oft begleitet, zu verwechseln sind. Sie sind meist von kurzer Dauer, gingen aber auch schon in chronisches Irresein über, so dass solche Kranke einer Irrenanstalt übergeben werden mussten. Es sind nicht selten gerade leichte und wenig umfängliche Pneumonieen, denen die Geistesstörung folgt; erbliche Disposition oder vorausgegangenes Trinken sind zuweilen als vorbereitende Momente erkennbar. Die psychische Störung geht manchmal so rasch vorüber, dass eine palpable Gehirnerkrankung äusserst unwahrscheinlich, und die Störung am ehesten auf acute Gehirn-

anämie zu beziehen ist; in anderen, seltenen Fällen (s. den zweiten unten) dauert das psychische Leiden länger, nähert sich dem Blödsinn, ist mit einzelnen paralytischen Erscheinungen in den Muskeln combinirt; Blutcoagulation in den Sinus, encephalitische oder beschränkte meningitische Processe werden dann wahrscheinlich, deren allmähliche Rückbildung vollständig oder unvollständig gelingen kann.

Fälle von Entstehung von Geisteskrankheiten aus Pneumonieen finden sich bei Jacobi (Tobsuchtsfall 29); Thore (Anal. méd.-psychol. Mai 1844 p. 389 u. ibid. 1850 II. p. 586) hat einige sehr interessante Fälle; einer dieser Kranken verfiel nach zwei successiven Pneumonieen jedesmal in Geistesstörung. Ein anderer mit neunjähriger, auf Pneumonie folgender Tobsucht wird nur erwähnt bei Snell, Zeitschr. f. Psychiatrie XIII. 1856 p. 540. — Dem Verfasser selbst kamen in der Tübinger Klinik in demselben Winter zwei dieser seltenen Fälle und in Zürich gleichzeitig ein Fall vor; zwei davon gehörten der ersten, der eine Fall in Tübingen der zweiten der obigen Kategorieen an.

I. Beispiel: Pneumonie. Mit dem Fieberabfall vorübergehende Geistesstörung. — C. G., 21 Jahre alt, sehr kräftig, ist am 26. Februar 1859 schnell mit starkem Frost, Nasenbluten, Schwindel erkrankt; wird am 28. Februar in die Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergiebt Pneumonie des rechten unteren Lappens von geringer Ausdehnung, schweres, typhusähnliches Krankheitsbild mit Prostration und vielen ruhigen Delirien, Respiration 32—40, Puls 100—104, Temperatur 40,3—41,0° C. Am dritten Krankheitstag erscheint ein Herpes labialis, der sich schlecht entwickelt. Am vierten Krankheitstag sinkt die Temperatur von Morgens 40,3° auf Abends 39,2° C., der Puls auf 92; der Patient zeigt dabei mehr Verwirrtheit und Geistesabwesenheit. Am fünften Krankheitstag zeigen die physikalischen Zeichen schon den vollen Rückgang des örtlichen Processes, die Temperatur ist Morgens und Abends 38,1 und 38,2° C., Puls 66—72, zeitweise aussetzend. Das Aussehen ist bleich, Patient total von Sinnen, er weiss gar nicht, wo er ist, erinnert sich der einfachsten Dinge nicht, schwatzt anhaltend delirirend fort und wird Nachts höchst unruhig und ungeberdig (Morphium). Nach der heftigsten Unruhe kam gegen Morgen ein ruhiger, langer Schlaf bei blassem, zuweilen leise zuckendem Gesichte, langsamem Athem, irregulärem, 60—66 mal schlagendem Puls, Temperatur 37,3° C. — Der Kranke bleibt von jetzt an fieberlos; die Verwirrung nebst Ohrensausen und etwas Schwindel dauert Anfangs noch fort, verliert sich aber im Laufe von zwei Tagen, während der Puls fortdauernd grosse Irregularität zeigt und am achten bis zehnten Krankheitstag auf 56—48 fällt. Die Lösung der Pneumonie ist am 13. Krankheitstag vollendet, das psychische Verhalten vollkommen normal. — Der Fall ist in keiner Weise als Fieberdelirium zu betrachten; die psychische Störung war eine ganz andere als das anfängliche Delirium und entwickelte sich erst mit der Abnahme des Fiebers,[1]) dem starken Sinken der Körperwärme, dem Langsamwerden und Intermittiren des Pulses (von Medicamenten war bis dahin nur Nitrum gebraucht worden). (Eigene Beobachtung des Verfassers.) —

Wesentlich anders gestaltete sich die Sache in folgendem Falle.

II. Beispiel: Pneumonie. Tobsucht. Leichte Hemiplegie. Consecutive Geistesschwäche. — J. H., 24 Jahre alt, Bauer, wurde am 21. Januar 1859 in die Klinik auf-

---

[1]) Metzger (Henle und Pfeufer's Zeitschr. 1858 IV. p. 220) hat auch vier Beispiele vorübergehender Manie in der Pneumonie beigebracht, die aber meist auf der Höhe der Krankheit und des Fiebers entstanden zu sein scheinen und dadurch eine ganz andere Bedeutung haben.

genommen. Der Vater des Kranken war in seinem 52. Jahre an einem chronischen Brustleiden mit Hydrops gestorben; seine Mutter lebte noch, starb aber, während Patient in der Klinik lag, an Selbstmord. — Patient war im Ganzen immer gesund gewesen; vor 5 bis 6 Jahren hatte er einmal einen plötzlichen Anfall von Schwäche und Bewusstlosigkeit, angeblich mit Steifheit der Glieder, gehabt, der nach einer Stunde sich verlor; Trinker war er durchaus nicht. Vor 3 Jahren soll er von einem Baum gefallen sein, sich aber nach kurzer Bewusstlosigkeit rasch wieder erholt haben. Patient war am 16. Januar, Mittags, schnell an Pneumonie erkrankt; es war ihm eine Venäsection gemacht worden, und er hatte zu Hause nie delirirt, nur den Tag vor seinem Eintritt eine verkehrte Aeusserung gethan; in der Nacht vom 20. zum 21. hatte er viel lebhafter als sonst gesprochen, und als er am 21. Morgens zwei Stunden weit nach dem Krankenhause gefahren wurde, fing er auf einmal unterwegs an, zu deliriren; er schrie zum Wagen heraus: es brenne, und seine Aufregung stieg, je näher er der Stadt kam; bei seinem Eintritt in die Klinik war er ganz von Sinnen, er lag wirren Blickes da, streckte beide Arme starr vor sich aus, in jeder Faust ein Tuch festhaltend, und antwortete gar nichts oder völlig verkehrt. Nach einigen Stunden kam er zu sich und konnte nun erst näher untersucht werden. Sein Gesicht war mehr geröthet, als während des Deliriums, Puls 76, voll, die linke Pupille weiter als die rechte, in der linken Gesichtshälfte eine Spur von Lähmung. Die physikalische Untersuchung ergiebt eine mässig ausgedehnte Pneumonie des rechten unteren Lappens mit nicht vollständiger Luftleere, die übrigen Organe ohne Veränderung, Urin ohne Eiweiss oder Gallenfarbstoff, Temperatur Abends 38,4 (starke Fieberremission am fünften Tage der Pneumonie). — Am folgenden Tage war die Temperatur Morgens auf 39,7, Abends auf 40,7 gestiegen, reichliches Knistern rechts, weitere Ausdehnung der Pneumonie nicht nachweisbar. Puls Morgens 82, Abends 108. Respiration 36—44. Patient befindet sich in einem Zustande anhaltender, heftiger Aufregung, verlangt stets dieses oder jenes, verfällt in Zornausbrüche, verneint Alles und giebt nur selten dazwischen richtige Antworten. Abends steigert sich sein Zustand zur völligen Tobsucht; er zeigt hierbei eine grosse Schärfe der Sinne.

Am Morgen des 23. war die Körpertemperatur wieder auf 38 gefallen und fiel Abends noch auf 37,8, der Percussionsschall hatte sich etwas aufgehellt, das Knistern vermindert, Puls 80—100, Patient delirirte noch viel, aber stiller, giebt öfter richtige Antworten, schläft dazwischen und erscheint sehr matt. Allein in den nächsten Tagen, während die Pneumonie sich rasch vollständig löst, zeigt der Kranke totale Verwirrtheit, ist beständig ganz geistesabwesend, läuft in der Nacht meistens herum, sein Hemd aus- und anziehend, giebt gar keine oder total verwirrte Antworten. Die Temperatur konnte bei diesem Zustande nicht mehr gemessen werden. Der Puls war langsam, 68, das Aussehen des Kranken sehr blass und collabirt, die linke Pupille immer etwas weiter und die Züge um den linken Mundwinkel verstrichener, an den Extremitäten keine Spur von Lähmung (wahrscheinlichste Annahme: Encephalitischer Heerd; durch Sinusthrombose?). — Am 26., Morgens, nachdem Patient fast die ganze Nacht stehend zugebracht hatte, fanden sich starke Oedeme der unteren Extremitäten bis zur Mitte der Oberschenkel (Thrombose der Schenkelvenen?), Temperatur war minder hoch, Puls 124, der Herzstoss stark und hebend. Patient sieht, hört und fühlt, es ist aber, als ob die Sinneseindrücke gar nicht verarbeitet würden; er blickt beständig mit staunendem Ausdrucke um sich und ist ganz von Sinnen (Infusum Sennae, Vesicans).

Von jetzt an sank in den nächsten acht Tagen die Temperatur unter mässigen Schwankungen ganz allmählich auf's Normal, das Oedem der unteren Extremitäten verlor sich wieder, hier und da kamen Schweisse, der Puls hielt sich zwischen 64 und 80. Die örtlichen Zeichen der Pneumonie waren ganz verschwunden. Die geistige

Störung dauerte anhaltend fort, wechselte aber an Intensität. Bald war Patient fast bis zur gänzlichen Besinnungslosigkeit stumpfsinnig und verwirrt, bald schien er das Gesprochene eher zu verstehen, äusserte sich auch selbst zusammenhängender, aber ganz irre, bald war er aufgeregter, wollte fort etc., hier und da gingen aus seinen Aeusserungen Hallucinationen hervor; er sah Gestalten, hörte schiessen etc. Sein Aussehen war das eines schwer Gehirnkranken, das Auge stier und injicirt, der linke Bulbus etwas prominirender, links etwas Strabismus internus, während die Mydriasis sehr abnimmt; die Zunge weicht einige Tage lang ganz wenig nach links ab. Patient geht allmählich wieder, wobei er aber taumelt und nun, ohne irgend eine paralytische Erscheinung an den Extremitäten, doch bemerkt wird, dass er die ganze linke Seite etwas hängen lässt. — Patient blieb nun noch bis zum 10. Mai 1859 in der Klinik. Er war in dieser Zeit immer vollkommen fieberlos. Sein psychischer Zustand war ein Anfangs tiefer, später abnehmender Blödsinn. In der ersten Zeit war er noch ganz stupid, sehr schwer besinnlich, sprach fast gar nicht oder wie im Traume, und gewöhnlich von nichts als vom Essen; mitunter zeigte er auch ein ängstliches Verhalten. Aeusserst langsam wurde er besser besinnlich, auch wieder reinlich, gab an manchen Tagen richtigere, an anderen aber noch ganz verkehrte Antworten. Sein Benehmen blieb sehr kindisch, wurde jedoch allmählich etwas munterer. — Ebenso langsam und unvollständig, wie die psychische Störung, besserten sich die Schwächeerscheinungen in der linken Körperhälfte; die linke Pupille zeigte immer noch bis zur Entlassung des Kranken eine sehr geringe Erweiterung, auch eine Spur von Abweichung der Zunge nach links blieb bestehen, und beim Gehen liess er immer noch die ganze linke Körperhälfte ein klein wenig hängen. Er klagte oft über Mattigkeit und über Stirnkopfschmerz, zuweilen kam auch Nasenbluten. Sehr merkwürdig war eine mit vollständigem Aufhören des Fiebers eintretende, mehrere Wochen fortdauernde Polyurie; der blasse, zuweilen bis zu 4000 ccm in 24 Stunden entleerte Urin hatte ein specifisches Gewicht von 1006—1008; die gewöhnlichen Zuckerproben gaben ein negatives Resultat; genaue Untersuchungen im chemischen Laboratorium ergaben, dass er auch keinen Inosit enthielt; Zuckerkali nach Brücke's Angabe liess sich darstellen, aber die Reaction seiner Auflösung auf Zucker war nicht stärker als im normalen Harn; in beiden Nierengegenden bestanden zuweilen leichte Schmerzen. Diese Hyperdiurese verlor sich wieder in den letzten Wochen seines Hospitalaufenthaltes, wo die Körperernährung auch ganz normal wurde, und Patient sich ganz wohl fühlte. Bei seinem Austritte am 10. Mai verstand er Alles und sprach sich über die meisten Dinge zwar dürftig und sehr beschränkt, aber richtig aus. Er kam nach ungefähr 14 Tagen zum Besuch wieder herein, wo er denselben geistigen Zustand darbot. (Eigene Beobachtung des Verfassers.)

§. 231.

4. Ebenso selten wie die Pneumonie giebt der acute Rheumatismus den Anlass zur Entwicklung einer Geisteskrankheit, und man wird das Verhältniss der letzteren zu der acuten Krankheit hier wahrscheinlich etwas anders aufzufassen haben. Es scheint nämlich, dass diese psychischen Störungen nicht als Nachkrankheiten und schlimme Ereignisse der Reconvalescenzperiode zu betrachten, sondern dass sie hier nur eine protrahirte Form des in verschiedenen Gestaltungen erscheinenden und in seiner acuten Entwicklung oft so ungemein gefährlichen Gehirnleidens selbst seien, das bald im einfachen, bald in dem

mit Herzentzündungen complicirten acuten Rheumatismus öfters auftritt, keine bestimmten anatomischen Veränderungen zurücklässt und deshalb am einfachsten als „rheumatische Hirnaffection" bezeichnet wird. Die acuten Cerebral-Erscheinungen bestehen hier auch in einigen Fällen in acuter Verwirrtheit und maniakalischer Aufregung, welche bis zum Tode andauern oder bald wieder schwinden (in anderen, noch übleren Fällen sind es überwiegend soporöse Symptome); zuweilen — und dies eben sind die hierher gehörigen Fälle — kommt es, durch allerlei Mittelstufen hindurch, zur Ausbildung einer länger andauernden Paraphrenia alternans s. complexa, kurz zur Ausbildung einer wahren Geisteskrankheit in verschiedenen protrahirten Formen, hier und da gemischt mit choreäartigen Krampfzufällen. Auch hier, wie bei den acuten Cerebralsymptomen des Rheumatismus sehen wir öfters mit dem Eintritt der Gehirnstörung sich die Gelenksaffection sehr mässigen, ja verschwinden, und in einzelnen Fällen kommt ein Wechsel von Besserung und Verschlimmerung zwischen Gelenksaffection und psychischer Störung, zuweilen ein entschiedener Rückgang der letzteren mit Wiedereintritt der ersteren vor.[1])

I. Krankengeschichte: Entstehung des Irreseins im acuten Rheumatismus mit Verschwinden der Gelenksaffectionen. Besserung mit Wiederkehr derselben. Schwankender Zustand. Genesung nach circa dreimonatlicher Dauer. — E. D., eine 50jährige, sehr arme, unverheirathete Weibsperson, wurde am 10. März 1857 in die Tübinger Klinik aufgenommen. Man erfuhr über sie Folgendes: Sie war vor 20 Jahren in ihrem zweiten Wochenbette geisteskrank geworden, nach einem Vierteljahr aber vollständig genesen und hatte später noch ein Mal, ohne Störung, geboren. In den letzten zehn Jahren war sie immer gesund gewesen. Vor 4—5 Wochen war sie acut erkrankt; sie hatte Anfangs viel Zahnschmerzen, fieberte, und es bildete sich eine sehr schmerzhafte Anschwellung vieler Gelenke der oberen und unteren Extremitäten, ein unzweifelhafter acuter Rheumatismus aus. Etwa 10 Tage nach Beginn desselben verlor sich die Gelenksaffection ziemlich rasch, und zu gleicher Zeit zeigte sich die Patientin geistig gestört: sie war verwirrt, nahm nichts mehr an, stiess nach ihrer Umgebung, sprach bald gar nichts, bald sehr viel, lief Nachts vociferirend herum, durchsuchte ihre Effecten und warf sie durch einander, kurz sie benahm sich in allen Beziehungen verkehrt und wie von Sinnen; sie schlief und ass dabei sehr wenig, trank viel und äusserte hier und da auf Befragen, Alles im ganzen Körper thue ihr weh.

Bei der Aufnahme zeigte die für ihr Alter kräftige, ziemlich blasse Kranke gar kein Fieber, keine Affection des Herzens und nirgends eine Affection der Gelenke. Sie bot jetzt und in den zwei ersten Tagen ihres Aufenthaltes in der Klinik die stuporöse Zustandsform der Katatonie dar; ihr Blick war scheu und ängstlich, sie war ganz in sich versunken und offenbar in anhaltendem Traumzustande, sprach nur ganz selten und dann vollkommen verwirrt. Am 2. Tage nach der Aufnahme (12. März) wurde sie unruhiger, sprach die Nacht durch unaufhörlich fort; Morgens sprach sie meistens in Reimen, z. B. Gott er sieht mein Trachten — und mein Schmachten — und er hört mein Flehen — will ich zu ihm gehen etc.; oder: Und es machte lachen — will

[1]) Vgl. Ueber die protrahirte Form der rheumatischen Hirnaffection. Archiv der Heilkunde I. 3. 1860 p. 235.

es krachen etc.; während der Klinik brach sie in lautes Schelten aus, wobei sie unter vielen verwirrten Reden häufig die Anwesenden beschuldigte, ihre Kinder umgebracht zu haben. Am 14. März zeigte sich Oedem der unteren Extremitäten, die Kranke war fieberlos, der Puls ruhig, der Stuhl retardirt, der Urin frei von Eiweiss; sie hielt sich den Tag über ruhiger, aus ihren Aeusserungen ging das Bestehen vielfacher Hallucinationen von düsterem Charakter hervor; die Nacht war wieder aufgeregter. — In den nächsten Tagen nahm das Oedem der Füsse etwas zu und zeigte sich jetzt auch an den Händen, und am 19. fanden sich neben diesem Oedem noch die Fingergelenke besonders geschwollen, geröthet und für Druck sehr emfindlich (was nur durch Geberden geäussert wurde), auch das rechte Fussgelenk zeigte grosse Empfindlichkeit für Druck. Dabei lässt die Percussion und Auscultation des Herzens und der Respirationsorgane nicht die geringste Veränderung erkennen, Puls 84, ziemlich voll, Haut trocken und warm, sehr geringe Neigung, etwas zu geniessen, ein spontaner Stuhl. Patientin liegt dabei im Bett, verhält sich ruhig, auf Anreden antwortet sie gewöhnlich gar nicht, höchstens zuweilen und zögernd Ja oder Nein; ihre Physiognomie zeigt Indifferenz und Apathie, hier und da sucht sie an der Wand um ihr Bette herum und ist offenbar noch ganz im Traum (Nitrum). — Am folgenden Tage hatten Schmerz und Schwellung der Gelenke sich wieder fast verloren, Patientin war wieder viel unruhiger, sehr geschwätzig, äusserte, ihre Kinder seien aussen und sollen geköpft werden u. dgl. — Von jetzt an (20. März) dauerte mehrere Wochen lang ein Zustand an, der nicht Tag für Tag angegeben zu werden braucht. Das rheumatische Gelenkleiden entwickelte sich nie vollständig und stark, zeigte sich aber oft in mässigen, lebhaft schmerzenden Anschwellungen einzelner Gelenke der Finger und des Fusses, und oft klagte Patientin über verbreitete Glieder- und Gelenkschmerzen und Steifigkeit des ganzen Körpers. Sie war deshalb fast immer bettlägerig, aber fieberlos, am Herzen zeigte sich nie eine Störung, der Urin blieb eiweissfrei; langsam kehrte der Appetit und Schlaf zurück (Colchic. c. Laudan). Dabei wurde die Kranke, mit mannigfachen Unterbrechungen durch grössere Unruhe, Verwirrtheit und Geschwätzigkeit, doch allmählich klarer und besonnener, zeigte eine heitere Stimmung und fing nach und nach an, sich zu beschäftigen; aus den ersten Zeiten ihres Aufenthalts in der Klinik hatte sie gar keine Erinnerung. — In der Mitte April konnte die Kranke als geistig ganz genesen betrachtet werden; über öfteres Zusammenfahren, Schwindel und Ohrensausen klagte sie noch längere Zeit, und Spuren von Anschwellung und Schmerzhaftigkeit einzelner Gelenke dauerten noch bis Anfang Mai fort, wo dann mit sehr guter Wirkung Bäder gegeben wurden. Am 12. Mai wurde Patientin genesen entlassen. (Eigene Beobachtung des Verfassers.)

II. Krankengeschichte: Eine zart gebaute Dame, 30 und einige Jahre alt, bisher gesund, war aus ihrem letzten Wochenbette etwas entkräftet hervorgegangen und erholte sich langsam, als sie von einem Gelenkrheumatismus der oberen und unteren Extremitäten befallen wurde. Es wurde eine modificirte Kaltwassercur, kalte Fomentationen der ergriffenen Theile angewendet. Schmerz und Geschwulst waren hierauf rasch verschwunden, die Glieder frei und gelenk. Alsbald aber machten sich ziehende Schmerzen längs des Rückgrats, Unruhe und dehnende, reckende, zuweilen zuckende Bewegungen in den Extremitäten bemerklich. Zugleich trat innerhalb weniger Tage eine rasch zunehmende psychische Depression in der Form von Apathie ein, welche sich fast bis zur Unempfindlichkeit steigerte. Patientin verliess nicht mehr das Bett, mochte sich nicht bewegen, nicht ankleiden, nicht essen, war stumm, gleichgiltig, nur gegen stärkeres Eindringen und Zureden widerstrebend und stellte binnen kürzester Zeit das ausgeprägte Bild der Katatonie dar. Der ganze Ausdruck schien weniger psychischen Schmerz zu verrathen als Gleichgiltigkeit (selbst gegen das Bedürfniss ge-

wohnter Reinlichkeit), jedoch mit Abneigung gegen jede Art von Erregung, welche sich wohl in heftigeren Aeusserungen des Missmuthes (durch Stossen, Schlagen) kund gab. — Der Verlauf war günstig, es erfolgte Genesung unter dem Gebrauch von Malzbädern mit Salz, Exutorium im Nacken, fliegenden Vesicatoren im Rücken, Aconit mit Guajac und als Nachcur kalte Seebäder. (Flemming, Psychosen p. 88.)

Auch nach Pocken, Masern und Erysipel, ja selbst nach acuten Anginen sind schon seltene Fälle rasch entstehender Geisteskrankheiten beobachtet worden, welche sich an die Fälle nach Typhus und Pneumonie anschliessen; Gehirnanämie, zuweilen aber auch Thrombose der Sinus dürften eine wesentliche Rolle bei allen diesen Störungen spielen.

§. 232.

5. Ueber Psychosen nach Scharlach im Kindesalter werden in der Litteratur 14 Fälle angeführt. Diesen 14 Fällen bei Kindern stehen 19 bei Erwachsenen gegenüber. Das Geschlecht ist ohne Einfluss für die Entstehung einer derartigen Psychose; viermal fiel das Auftreten derselben in das Reconvalescenzstadium. Die Formen der Alienation sind meist paraphrenische Zustandsformen der verschiedensten Art. Die Dauer der Störung schwankt zwischen 12 Stunden bis 3 Wochen; in einigen Fällen kam eine völlige Heilung überhaupt nicht zu Stande. Wichtig ist die Heredität, von den 14 Kindern waren 9 sicher belastet. Der Scharlach ist wohl nur als Gelegenheitsursache für den Ausbruch einer Psychose bei vorher prädisponirten Individuen anzusehen. Wirksame Momente sind hauptsächlich die infolge der fieberhaften Erkrankungen verringerte Widerstandsfähigkeit des Individuums und der mit dem Temperaturabfall verbundene mehr oder weniger heftige Shock.

6. Psychosen nach Influenza.[1]) Der Ausbruch von Psychosen nach Influenza erfolgte in allen Fällen erst nach dem Ablauf der somatischen Krankheitserscheinungen und eine Temperatursteigerung bestand nicht mehr. Der Charakter der Psychosen war verschieden: Neben leichteren und schwereren Formen von Depressionszuständen fanden sich Hallucinosen, typische maniakalische Erregung u. s. w. In allen Fällen bildete jedoch die somatische Erkrankung niemals allein die einzige Ursache der Geistesstörung, sondern es bestanden stets noch andere wirksame Momente, die bald eine Prädisposition, eine Verringerung geistiger und körperlicher Widerstandsfähigkeit bedingten, bald den letzten Anstoss zum Ausbruch der Psychose auf dem durch die Influenza vorbereiteten Boden abgaben. Dass bei Influenza eine Disposition für

[1]) Kraepelin, Kirn, Fehr, Neurolog. Centralbl. 1890 No. 11; Pick, ebenda No. 4; Ladame, ebenda No. 17; Becker, ebenda No. 6; Mispelbaum, Allgem. Ztschr. für Psych. 1890, Heft I; Munter, ebenda p. 156 ff.

den Ausbruch einer Psychose nöthig ist, geht daraus hervor, dass bei ihr nicht (wie bei anderen fieberhaften Krankheiten) eine bestimmte Form der Psychose während der Reconvalescenz entsteht, sondern diejenige Form von Geisteskrankheit, die in der Disposition latent ist. Influenza allein genügt nicht, um Irresein hervorzurufen.

Anhang.

Das Fieber.

§. 233.

Hand in Hand mit der Steigerung der Temperatur und der durch die gesteigerte Herzfunction hervorgerufenen Circulationsbeschleunigung in der Schädelhöhle entstehen Delirien, die sich in ihrer Stärke je nach der Höhe der Curve richten und auch mit ihr fallen.

Psychisch drückt sich dieser anomale Zustand durch Reizungserscheinungen (Ideenflucht, Aufregungszustände, Sinnestäuschungen) oder Lähmungs-Erscheinungen aus. Nach Kraepelin (Psychiatrie p. 13) sind diese Alterationen der Psyche den geringeren Fiebergraden eigenthümlich. Die Störungen bei hohen Fiebergraden äussern sich in Somnolenz, Stupor, Illusionen, Hallucinationen, Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes, Störungen der Association, Verwirrtheit und Delirien (ibid.). Geistesstörungen infolge fieberhafter Krankheiten treten nach Savage-Knecht (l. c. p. 91) unter zweierlei Bedingungen auf: 1) Kann das initiale Fieberdelirium Geistesstörung auslösen. 2) Kann nach Ablauf einer fieberhaften Krankheit Geistesstörung eintreten. Sie hängt weder von der ungewöhnlichen Höhe des Fiebers, noch von besonderen Complicationen der acuten Krankheit ab; der Ausbruch der Psychose wird vorwiegend durch eine allgemeine Prädisposition bedingt. In manchen Fällen tritt zeitweise oder dauernde Geistesschwäche, selbst Blödsinn ein, besonders nach continuirlichen Fiebern. Savage sah verschiedene Formen geistiger Schwäche auf fieberhaften Gelenkrheumatismus mit und ohne hyperpyretische Temperaturen folgen.

Kraepelin führt die geistigen Störungen bei fieberhaften Krankheiten theils auf ein organisirtes Gift zurück, theils auf die Wirkung der gesteigerten Temperatur und der beschleunigten Circulation. Die postfebrilen und Reconvalescenz-Psychosen bezieht er auf Ernährungsstörungen der Nervensubstanz, namentlich auf eine Gehirn-Anämie. Infolge der Circulationsstörungen im Anfange fieberhafter Processe, der Ansammlung von Zerfallproducten des Stoffwechsels im Gehirn bei ungenügender Abfuhr entwickeln sich toxische Delirien, asthenische und Erschöpfungsdelirien. Beim ersten Grade dieser Alterationen findet sich nur allgemeines Unbehagen, Aufregung mit Abge-

schlagenheit, unruhiger Schlaf. Beim zweiten Grade herrschen schon Apathie mässigen Grades, mangelhafte Reaction auf Sinneseindrücke, Schwerbesinnlichkeit, vorübergehende Bewusstseinsstörungen, Delirien im Halbschlafe, zeitweise auch im Wachen, die noch durch den Willen beeinflusst werden können. Den dritten Grad kennzeichnet die vorwaltende Bewusstseinsstörung, es besteht Sopor und Apathie, Aufregung und Unruhe mit Illusionen und Hallucinationen, es kommt zum allgemeinen Delirium (Typhomanie). Den vierten Grad endlich bildet ein Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit, der sich nicht mehr beseitigen lässt.

Im Stadium decrementi acuter, von hohem Fieber begleiteter Krankheiten sieht man ebenfalls öfters Geistesstörung auftreten, welche vorzugsweise mit dem Abfall der Temperatur bei kritisch endigenden acuten Krankheiten eintritt: bei acuten Exanthemen, Erysipel, Pneumonie, selten bei Diphtherie, Angina, Pleuritis. Weiterhin kommen postfebrile psychische Störungen nach solchen Krankheiten vor, welche mehrere Wochen lang unter hohem Fieber verlaufen. Dieselben gehen in Heilung über oder lassen dauernde Schwächezustände bis zum Blödsinn zurück. Diese Psychosen (Dysphrenieen-Kahlbaum) beruhen oft auf eingreifenden anatomischen Veränderungen der Hirnrinde.

Bisweilen entwickelt sich eine Geistesstörung von günstigem oder ungünstigem Verlaufe erst einige Zeit nach dem Ablauf der Reconvalescenz aus acuten Krankheiten.

IV. Erkrankungen der Sinnesorgane.

§. 234.

1. Zusammenhang zwischen Psychosen und Augenkrankheiten. Nach Royet u. A. prädisponirt eine Läsion des Auges zu Gehörs- und Geruchs-Hallucinationen ebenso wie zu Gesichts-Hallucinationen. Wenn die Hallucination in einer Augenaffection ihren Ursprung hat, ist sie nach demselben Autor zwei Hauptbedingungen unterworfen; einmal der Sensibilität, dann der Localisation der Augenkrankheit.

ad 1) Der Patient sieht wenigstens mit einem Auge schlecht. Bei hellem Tageslicht erscheinen ihm die Bilder scharf; die Hallucination ist weniger lebhaft und seltener als Abends und Nachts.

ad 2) Das rechte Auge ist hervorragend betheiligt. In der That zeigten von 140 augenkranken Psychosen 73 bilaterale, aber im allgemeinen rechts mehr accentuirte Affectionen. Bei einigen Linkshändern fand Royet die unilateralen Affectionen stets links.

Das Resumé seiner Beobachtungen ist folgendes:

1. Psychosen stehen oft in Beziehung mit Augenkrankheiten.

2. Das Delirium im Allgemeinen und die Hallucinationen im Besonderen hängen, wenn sie ihren Ausgangspunkt von einer Augenkrankheit haben, im Allgemeinen von Affectionen des rechten Auges ab.

3. Die rechtsseitige Augenaffection darf das Gehen nicht aufheben, sondern nur stören. Das rechte Auge muss sehen, aber schlecht sehen.

Frankl-Hochwart (Jahrb. f. Psych. IX, p. 152 s.) führt 31 Fälle von Psychosen nach Augenoperationen an. Aetiologisch wichtig sind vorhergehende Erblindung und das Glaukom, vor allem aber die Dunkelcur, welche in 2 Fällen von Schmidt-Rimpler allein die Geistesstörung zum Ausbruch brachte.

2. Ohrenkrankheiten. Inwieweit Gehörshallucinationen Geisteskranker von peripherisch bedingtem Ohrensausen herrühren, welches in krankhafter Weise übertrieben und umgedeutet wird, ist eine wichtige Frage. Selbst geistig gesunde Leute verlegen Pfeifen und Läuten im Ohre nach aussen, bis Erfahrung und Versuche sie überzeugen, dass dieser Lärm in ihrem eigenen Kopfe entsteht. Wie leicht Ohrensausen zu Wahnvorstellungen Veranlassung geben kann, zeigte sich an einem von Tröltsch[1]) behandelten tauben Componisten, welcher, sonst geistig völlig gesund, fortwährend in seinem Ohr eine bestimmte Hymne hörte. Subjective Gehörsempfindungen, welche durch nachweisbare Erkrankungen des Ohres bedingt sind, können bei psychisch Disponirten, besonders wenn sie erblich belastet sind, die directe Veranlassung zu Gehörshallucinationen werden, welche den Ausbruch der Krankheit zu beschleunigen im Stande sind.

Jacobi hat 7 Fälle von innerer Ohrenentzündung beobachtet, sie lassen wohl niemals Heilung, selten Besserung zu. In der Irrenanstalt von New-York sollen in einem Jahre 7 Fälle vorgekommen sein, wo psychische Störungen aus Krankheiten des inneren Ohres entstanden, (Hanbury Smith, Annal. méd.-psychol. 1854. VI. p. 450.) — Einzelne Beobachtungen hat man, wo mit Aufhören des eitrigen Ausflusses aus dem Ohr heftige Tobsucht eintrat, die mit Wiederkehr des Ausflusses sich wieder sehr ermässigte oder aufhörte (L. Meyer, Deutsche Klinik 1855, No. 6.)

V. Erkrankungen der vegetativen Organe.

A. Vasomotorisches System.

§. 235.

1. Ueber Irresein im Verhältniss zu Erkrankungen des Herzens, der Arterien und der Aorta. Unter den chronischen Localleiden einzelner Organe ist den Krankheiten des Herzens jedenfalls

[1]) Cf. Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Leipzig 1881 p. 613f.

einiger Einfluss zuzuschreiben, wenn auch dieses Moment nicht gerade besonders häufig wirksam ist. In der älteren psychiatrischen Litteratur wurde dieser Einfluss der Herzleiden offenbar mannigfach überschätzt. (Nasse 1818 u. A.) Die Beobachtung zeigt in den deutschen Irren-anstalten keineswegs viele Individuen mit den gewöhnlichen Herzfehlern, Insufficienzen, Stenosen etc., wie sie sich z. B. aus acutem Rheumatismus bilden. Einzelne Ausnahmen sind wohl mehr scheinbar. In den werthvollen Mittheilungen von Voppel über die Obductionen in der Anstalt von Colditz[1]) erscheinen z. B. die Herzkrankheiten mit ziemlich hohen Zahlen; aber es waren darunter sehr viele bejahrtere Kranke, welche sehr lange in dieser Pflegeanstalt verweilt hatten, und es sind hier mit Genauigkeit auch kleine Veränderungen notirt; es mag sein, dass einzelne, auch der schwereren dieser Herzkrankheiten von lange her datirten und mit der Genese des Irreseins zusammenhingen; für die grosse Mehrzahl wird aber gewiss anzunehmen sein, dass sie sich erst bei bestehendem Irresein bildeten.

Die gleichen Bemerkungen werden sich auf die Angaben von Tyerman, der in Colney Hatch bei $^1/_7$ der geisteskranken Frauen Leiden des Herzens oder seiner Klappen fand, anwenden lassen. — Leichte gemüthliche Erregtheit ist allerdings vielen Herzkranken eigen, aber es darf hieraus für die Ausbildung von Geisteskrankheiten nicht mehr geschlossen werden, als die wirkliche Beobachtung an die Hand giebt. — Die Diagnose der Herzkrankheiten während des Lebens wird bei den Geisteskranken dadurch erschwert (also die Statistik unsicherer gemacht), dass Geräusche im Herzen, besonders über den Aortenklappen bei Exaltationszuständen ungemein häufig sind ohne Klappenfehler (Wiener Bericht 1858, p. 58).

Ein grösserer Einfluss wird der Erkrankung der Arterien in Form der Arteriitis chronica (Sklerose, Verfettung, Atherom, Verkalkung) zuzuschreiben, und auch ein Theil der Wirkung der Herzkrankheiten wird auf diese mit ihnen so oft gleichzeitig vorhandene Arterienveränderung zu beziehen sein. Letztere setzt Circulationsstörungen der verschiedensten Art, örtliche Anämie aus zunehmender Verengerung des Arterienlumens, encephalitische Processe und, wie es scheint, verschiedenartige, noch nicht ganz in vollem Detail gekannte Ernährungsveränderungen der Gehirnsubstanz. Es kann übrigens auch der allgemeine Marasmus, das oft verfrühte Altern der ganzen Constitution, das ein höherer Grad von Atherom der Körperarterien nach sich zieht, einen erheblichen Beitrag zur Ausbildung psychischer Störungen geben. — Das Atherom findet sich häufig an den Hirnarterien der Geisteskranken, und auch, wenn die grossen Gefässe nicht erheblich verändert sind, kann

[1]) In einem dieser Berichte über 75 Sectionen 12 Fälle (16 Proc.); in einem anderen (Zeitschr. für Psychiatrie, 1855. XII, p. 392 ff.) bei $^3/_5$ der Obducirten leichtere Affectionen der Klappen, aber nur in $^1/_{35}$ bedeutende Herzfehler; in einem dritten (Günsburg's Zeitschr. VII. 1856, p. 179) auch ziemlich grosse Zahlen.

doch die feine Verzweigung stark entartet sein; eine Statistik der Arterienerkrankung im Gehirn kann indessen nicht gegeben werden.

Die Blutmenge des Gehirns kann grossen Schwankungen unterliegen und auch der Beschaffenheit nach sehr verschieden sein. Man kann an einer pathologischen Hyperaemie und Anaemie des Gehirns nicht zweifeln.

Insufficienz der Mitralis verbindet sich besonders mit depressiven Vorstellungen, Sinnestäuschungen und unbestimmten Verfolgungsideen. Stenose der Mitralis verbindet sich mit Verfolgungswahn und Hallucinationen, zeitweise treten exaltirte Ideen, besonders religiösen Inhalts neben Gereiztheit und. Neigung zum Queruliren auf.

Bei der Stenose der Aorta überwiegt Verfolgungs (Vergiftungs)-Wahn nebst Ausbrüchen von Heftigkeit und Erregung. Bei Insufficienz der Aorta findet sich überwiegend Angst, Wahn der Verfolgung und Verschwörung, oft auch Anfälle von Heftigkeit.

Mit Aorten-Aneurysma verknüpfen sich nach Mikley fast in allen Fällen hypochondrische Verrücktheiten, welche mit Wahnideen und lebhaften Hallucinationen einhergehen. Bei Erkrankungen der Aorta besteht häufig der Wahn elektrisirt und gequält zu werden. Die Wirkungen können sich auf bisher gesunde, zur Psychose nur prädisponirte Leute oder auf schon geistig erkrankte äussern.

Bei gleichzeitigen Klappenfehlern der Mitralis und Aorta beobachtete man schwere organische Veränderungen im Gehirn.

Bei Hypertrophie des Herzens hat man Erregungszustände beobachtet; herabgesetzte Blutzufuhr ruft im Allgemeinen eine reizbare Schwäche im Gehirn hervor. Umgekehrt hat man infolge häufig wiederholter Manie Hypertrophie des rechten Herzens beobachtet. Bei Verfettung des Herzens findet sich Verfolgungswahn und Blödsinn.

2. Im Morbus Basedowii zeigt sich als Alienationszustand Unruhe, psychische Reizbarkeit und Gewaltthätigkeit neben Unsauberkeit, Nahrungsverweigerung, Abmagerung und Diarrhöe. Ausser den gewöhnlichen Formen des Irreseins kommt beim Morbus Basedowii auch Paralyse vor.

B. Respiratorisches System.

§. 236.

1. Kehlkopf. Innervationsstörungen des Kehlkopfs kommen zu Stande entweder durch Blutung in das Rindencentrum oder in die Medulla oblongata. Im ersteren Falle tritt bei erhaltener Beweglichkeit der Phonations-Muskulatur Stummheit ein. Es muss daher das Rindencentrum für die Kehlkopfbewegungen entweder mit dem Sprachcentrum

zusammenfallen oder jedenfalls örtlich ihm nahe liegen und mit ihm Verbindungen eingehen. Dass Stimmbandlähmungen isolirt ohne sonstige aphasische Störungen durch Rindenerkrankung hervorgerufen werden können, ist nach den bisherigen Beobachtungen nicht anzunehmen. Es können Störungen der Motilität und der Sensibilität allein und zusammen vorkommen. Wie weit die Bewegung der Larynxmuskeln aufgehoben ist, ob Lähmung oder nur Parese entsteht, hängt von dem Grade und der Ausdehnung des Heerdes ab.

Kehlkopfaffectionen im Zusammenhang mit Hirntumoren und Geschwülsten der Oblongata sind nicht selten beobachtet. Tumoren der hinteren Schädelgrube bieten im allgemeinen das Bild der halbseitigen Bulbärparalyse. In den Phonationsstörungen besteht eine vollständige Analogie mit den Sprach- und Schlingstörungen. Auch bei der Pseudobulbärparalyse sind Störungen der Kehlkopfmuskulatur laryngoskopisch nachzuweisen. Sehr häufig sind dieselben bei der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks. Es handelt sich dabei meist nur um erschwerte und verlangsamte Leitung der motorischen Impulse zu den Muskeln der Athmungswerkzeuge des Kehlkopfes und der Zunge. (Gottstein, Lehrbuch d. Kehlkopfkrankheiten).

2. Erkrankung der Lunge. a) Die Phthisis: 1. sie wirkt als Ursache der späteren Psychose, 2. Phthisis und Geistesstörung treten gleichzeitig auf; 3. Phthisis kommt zu Geistesstörung hinzu.

Im ersten Falle beobachtet man a) active Erregung mit Delirien und Hallucinationen, b) Melancholie mit Hallucinationen, zuweilen auch mit Stupor, c) Manie mit Verfolgungswahn, d) hypochondrische Verrücktheit, Querulantenwahn, e) Schwachsinn, also eine Paraphrenie.

Im zweiten Falle kommt zur Beobachtung: depressive Gemüthsstimmung, Dysthymie mit Angst, zuweilen auch Katatonie, ferner besonders Hallucinationen. Zu jeder Geisteskrankheit kann Phthisis hinzutreten, besonders bei Nahrungsverweigerung, steter Bettruhe, Unreinlichkeit.

Das Bestehen von Phthisis beim Vater und eines Nervenleidens bei der Mutter, oder umgekehrt, macht die Anlage zu Nervenkrankheiten bei den Kindern viel grösser, als sie ohne das Vorkommen von Phthisis in der Familie gewesen sein würde. Schreitet der tuberculöse Process weiter vor, so zeigt sich eine Besserung in den psychischen Störungen und vice versa. Schliesslich setzen sich beide dauernd fest. Zerstörende Lungenkrankheiten sind bei Dysthymie, Katatonie und allgemeiner Paralyse häufig. Geistige Klarheit kehrt bei schwindsüchtigen Irren nicht selten vor dem Tode zurück, und manche Kranke werden geistig gesund, sterben aber später an Phthisis.

In kaum 2% von an Phthisis gestorbenen Irren ist das Gehirn

Sitz der Tuberculose; und zwar fand man dann jedesmal agglomerirte Tuberkelknoten meist an der Peripherie, an der Pia, im Corpus striatum, welche auf embolischen Ursprung hindeuteten. Die miliaren Tuberkelknötchen sitzen meist um ein Lymph- oder kleines Blutgefäss herum. Durch Zusammenschnüren derselben beim Wachsthum des Tuberkels wird es oft Reizzustände neben subparalytischen geben. Der Tremor, welcher Ausdruck eines Reizzustandes ist, ist daher ein für Tuberculose charakteristisches Symptom.

b) Irresein bei Asthma. Beide ersetzen sich zuweilen vicariirend. Nahrungsscheu, Selbstmordtrieb nebst Sinnestäuschungen und der Wahnidee, ewig verloren zu sein, sind hier die wichtigsten Symptome.

c) Von Lungenkrankheiten ist vielleicht dem Emphysem noch eine gewisse pathogenetische Wirkung zuzuschreiben; Verfasser schien es in einzelnen Fällen, dass Angstgefühl und Depression an die Oppression, welche dieses Lungenleiden mit seiner Entwicklung verursachen kann, geknüpft gewesen seien; doch kann, bei der enormen Häufigkeit des Emphysems, dieser jedenfalls selten sich äussernde Einfluss nicht hoch angeschlagen werden, und auch hier könnte es sein, dass das Emphysem als Theilerscheinung eines allgemeinen Marasmus auftrat, und letzterer das wichtigere Element für Entstehung des Irreseins bildete.

3. Zusammenhang zwischen Gehirnsymptomen und eitriger Pleuritis. Auftreten von epileptischen resp. von epileptoïden Anfällen, meist in der 5—10. Woche nach Empyem-Operationen, werden in 21 Fällen (Aubenin, Martin, Zimmer und Billroth) angeführt. Meist bricht ganz plötzlich z. B. während einer Ausspülung einer Pleurahöhle oder Sondirung der Wunde ein epileptischer Anfall aus. Die Krämpfe sind meist auf einer Seite stärker als auf der anderen. Nach den Anfällen bestehen längere oder kürzere Zeit Sprachstörungen, Paresen einzelner Glieder, Schmerzen, vasomotorische Störungen (rothe Flecke, Roseola, Urticaria der Haut), Amaurose und Gesichtsstörungen anderer Art (Flimmern, Funken). Während die Anfälle selbst von 5 Minuten bis $1^1/_2$ Stunden bis 16 Stunden, ja als intermittirende Anfälle bis 2 und sogar 6 Tage dauern, haben die Folgeerscheinungen eine Dauer von einigen Minuten bis Tagen. Fälle mit bleibenden Symptomen (Monoplegieen etc. beruhen auf besonderen Störungen (hemiplegische Form). In diesen Fällen von bleibenden Lähmungen mit Atrophie dürfte man auch, im Gegensatz zu den anderen, palpable Veränderungen im Gehirn finden. Pathogenetisch ist der Vorgang vielleicht so zu erklären, dass ein von der Pleura ausgehender Reflexreiz auf die vasomotorischen Centren wirkt. Bemerkenswerth ist mitunter eine auffallende Berührungsempfindlichkeit der Operationswunde resp. der Pleura, wobei die Pupillen sich erweitern oder ungleich werden.

C. Digestives System.

§. 237.

Was die Krankheiten des Unterleibes betrifft, so soll in keiner Weise bestritten werden, dass in ihrer Folge Irresein entstehen könne; nur ist hier mit jenen, meist in erster Reihe aufgeführten, höchst unbestimmten Diagnosen der alten Medicin von Verstimmung der Unterleibsnerven, Stockungen im Pfortadersystem, Infarctus, gestörtem Hämorrhoidalprocesse etc. nichts geholfen. Es muss vielmehr davor gewarnt werden, dass nicht — wie es selbst jetzt noch zuweilen geschieht — aus mässigen Störungen der Verdauung und des Stuhls, aus den Empfindungen, die das längere Verweilen des Darminhalts im Kolon verursacht, aus der dunkleren Farbe der Fäces etc. ohne Grund pathologische Zustände combinirt werden, von denen eine positive Pathologie gar nichts weiss. Man läugnet nicht, dass Leberkrankheiten die Circulation behindern können, ebenso wenig, dass auch jene leichteren Störungen der Verdauung mitunter Durchgangsmedien der Erkrankung bilden, mittelst deren namentlich die schädlichen Folgen der psychischen Ursachen wieder secundär auf das Gehirn rückwirken, und man kann Broussais so gut als den deutschen Vertheidigern der Infarctuslehre zugeben, dass Darmstörungen[1]), besonders Darmkatarrhe in einzelnen Fällen sogar zum Ausgangspunkt der Gehirnerkrankung, und demgemäss auch zum Angriffspunkt der Therapie werden können. Nur ist hier einerseits auf eine genaue Trennung derjenigen Intestinalstörungen, welche als Folgen der schon vorhandenen Gehirnerkrankung auftreten, von den wirklich causalen, andrerseits und hauptsächlich auf eine präcise, anatomische Auffassung und Diagnostik jener chronischen Krankheiten zu dringen. Die verschiedensten Texturerkrankungen der Leber, der Milz, des Pankreas, der dünnen und dicken Gedärme dürfen nicht promiscue unter Galenische Kategorieen gebracht werden; man muss sich erinnern, dass, so lange die genauere anatomische Diagnose im einzelnen Falle nicht gemacht ist, sowohl dem ätiologischen Urtheile, als einer rationellen Therapie jeder sichere Anhaltspunkt entgeht, und man muss auch den nachweisbaren, aber leichteren pathologischen Zuständen am Darmcanal, z. B.

---

[1]) Willis erzählt den merkwürdigen Fall einer jungen Dame, deren Gesundheit durch langen, schweren Kummer tief gelitten hatte; nachdem sie ein schwer verdauliches Backwerk genossen, ward sie plötzlich von einem Gefühle brennender Hitze in der Herzgrube ergriffen, glaubte, der obere Theil ihres Körpers stehe in Flammen, lief auf die Strasse hinaus, hatte die Vorstellung, sie sei höchst gottlos und werde in die Flammen der Hölle geschleppt, Vorstellungen, die immer wiederkehrten, so oft sich das Gefühl von Brennen erneuerte etc. Jacobi l. c. p. 667.

den Hämorrhoiden, keine übertriebene Bedeutung beilegen, welche nur macht, dass andere, wichtigere Momente übersehen werden.

Sehr interessant und praktisch werthvoll wären die Mittheilungen über Fälle, wo Geisteskrankheiten durch Eingeweidewürmer, besonders Tänien im Darmkanal veranlasst, resp. durch deren Abtreibung geheilt worden sein sollen, wenn nur diese Mittheilungen — einer ernsthaften Kritik besser Stand hielten. Manche dieser Fälle scheinen ganz apokryph, bei anderen scheint es sich mehr um eine durch Anämie unterhaltene Nervenaufregung als um wirkliches Irresein gehandelt zu haben, wo dann nach Abgang der Parasiten die Ernährung sich besserte, und die Nervenfunctionen sich regulirten.

So wollte Verfasser den von Morel, Etudes cliniques I. p. 293 mitgetheilten Fall ansehen. — Esquirol wollte zwei Fälle beobachtet haben. Andere Fälle wurden mitgetheilt von Girardin, Ferrus (Académie de médecine 23. Septbr. 1834), Wood (Lancet, Jan. 1851) u. A. — Sogar angeborener Blödsinn soll durch Abtreiben von Würmern geheilt worden sein!

Die Nierenkrankheiten und die bis jetzt bekannten Anomalieen der Urinsecretion scheinen für die Aetiologie der Geisteskrankheiten nicht hoch anzuschlagen. Es mag einzelne Fälle[1]) geben, wo das Irresein wahrscheinlich in einem gewissen Zusammenhange mit einem Nierenleiden stand; aber es müssen dieses grosse Seltenheiten sein, die für eine allgemeinere Auffassung ganz verschwinden. Die Gehirnsymptome des Morbus Brightii wird Niemand unter die Geisteskrankheiten rechnen; Bright'sche Erkrankung, der irgend welche ätiologische Beziehung zum Irresein zugeschrieben werden könnte, ist bei Irren ungemein selten, wenn auch jene leichteren und mittleren Grade von Nierenerkrankung, wie sie bei Marastischen sich so oft vorfinden, auch in den Irrenanstalten bei den Paralytikern, bei den an tabescirenden Krankheiten Gestorbenen etc. sich ebenso oft als sonst finden.

Zwischen Diabetes und Irresein besteht kein unmittelbarer Zusammenhang (Jastrowitz).

Eines Falls von Irresein, der neben Diabetes bestand, erwähnt Neumann (Psychiatrie p. 163). — Bei der Addison'schen Krankheit besteht in der Regel grosse gemüthliche Depression, aber Fälle eigentlicher Geisteskrankheit sind nicht bekannt.

D. Sexual-System.

§. 238.

1. Erkrankungen der Geschlechtsorgane. Von erheblichem Einflusse sind bei beiden Geschlechtern gewisse Erkrankungen der Genitalien und überhaupt pathologische Einflüsse, welche von diesen aus-

[1]) Rayer, Maladies des reins. I. 1839 p. 523. Friedreich, Allgemeine Pathologie etc. p. 402.

gehen. — In der Zeit der Sexualentwicklung, besonders bei Störungen derselben, kommt öfters ein Irresein vor, welches noch die Hauptcharaktere der kindlichen Seelenstörung an sich trägt; namentlich finden sich hier nicht selten Complicationen mit epilepsie- oder choreaartigen Formen oder somnambulen Zuständen, grillenhafte Schwermuth, auch Angstanfälle mit Tobsucht.

a) Beim männlichen Geschlechte sind alle jene sexuellen Störungen, welche man unter dem Namen der unwillkürlichen Samenverluste, der Pollutio diurna etc., begreift, von grosser Wichtigkeit. Diese Anomalieen, bei denen offenbar in den wenigsten Fällen der Verlust der Samenflüssigkeit die Hauptsache ist, beruhen, wie von Lallemand gezeigt wurde, häufig auf localen Erkrankungen der Urethralschleimhaut, der Samenbläschen etc., in anderen Fällen geht die Störung vielmehr vom Nervensystem aus; gewöhnlich geht ihnen längere Zeit gesteigerter Sexualreiz (übermässige Pollutionen), weniger als ihre Ursache, denn als Zeichen der schon bestehenden Irritation voran; einmal ausgebildet, äussern sie sich in bedeutender Herabsetzung der sexuellen Empfindungen, Abnahme der Erection, Impotenz, verbunden mit allen möglichen sensitiven und psychischen Dysästhesieen, deren Gruppe theils eine wahre männliche Hysterie, theils einen tief hypochondrischen Zustand darstellt.

Durch die Schrift von Lallemand (Des pertes séminales) veranlasst, hat Verfasser schon vor Jahren bei einer Anzahl männlicher Geisteskranker seine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gerichtet — eine kitzliche Untersuchung, da die Kranken in dieser Beziehung gewöhnlich misstrauisch und ihre Angaben unzuverlässig sind, und es grosser Vorsicht bedarf, um ihre Aufmerksamkeit nicht zu sehr auf diese Verhältnisse zu determiniren. Nur bei einem Kranken gelang es Verf., entschiedene Pollutio diurna (bei der Stuhlentleerung) mikroskopisch festzustellen; aber so viel hat sich demselben mit Sicherheit ergeben, dass bei einer unerwartet grossen Anzahl eine, dem Kranken meist sehr fühlbare, Abnahme der sexuellen Empfindungen und des Geschlechtstriebs, zuweilen auch wirkliche Impotenz der Ausbildung des Irreseins längere Zeit vorausging, wobei es sich freilich fast niemals näher entscheiden liess, ob solche die Folgen oft vorausgegangener sexueller Excesse und Missbräuche, oder derjenigen widrigen Gemüthsaffecte, die eben auch zu Ursachen des Irreseins wurden, ob sie die ersten Symptome des melancholischen Stadiums selbst waren oder von localen Erkrankungen der Genitalien herrührten. In zwei Fällen, wo das letztere entschieden schien, hat Verf. die von Lallemand empfohlene Kauterisation der pars prostatica urethrae vorgenommen, in dem einen Falle ohne irgend bemerkbaren Einfluss auf die Krankheit, in dem anderen beseitigte die Operation verschiedene unangenehme Empfindungen in den Genitalien, worüber der Kranke sehr geklagt hatte (Gefühle von beständigem Aus- und Einströmen, von Hitze etc.), ohne auf das Irresein einen schnellen, günstigen Erfolg zu äussern.

Lisle (Académie de méd. Mars 1851 und in einer späteren Arbeit) hat eine Anzahl Beobachtungen beigebracht, wo psychische Krankheit aus Spermatorrhöe entstanden zu sein schien. Folgende Erscheinungen sollen dieses Irresein speciell charakterisiren: Allerlei chronische, sonderbare und in ihrer Aeusserung unregelmässige körperliche Beschwerden, depressive Verstimmung, Neigung zum Selbstmord, Abschwächung

der Intelligenz und noch mehr des Gemüths und Willens, grosse Unentschlossenheit etc.; ferner bedeutende Empfindlichkeit, Misstrauen, Neigung, sich für verspottet zu halten. Erst die mikroskopische Untersuchung lässt die Diagnose feststellen, und es ist alles vergebens, bis die Spermatorrhöe gehoben ist, womit dann meist die psychische Krankheit schnell heilt.

§. 239.

b) Beim weiblichen Geschlechte übt *α*) die Menstruation und jede Art ihrer Störung grossen Einfluss auf die Ausbildung und den Verlauf der Geisteskrankheiten aus.

Schon die Zeit der ersten Entwicklung der Menses bringt oft, neben Kopfschmerzen und allerlei Nervenleiden, Störungen in der Stimmung und in den Gefühlen mit sich, die sich zum Delirium und zur Tobsucht steigern können; noch häufiger geschieht letzteres oder kommt es auch zu anderen Formen von Irresein (z. B. depressiven und katatonischen Zuständen), wenn die Menstruation lange krankhaft retardirt bleibt oder gar nicht zu Stande kommt; einzelne Fälle dieser Art gehen in unheilbare Verrücktheit oder Blödsinn über.

Bei vielen anscheinend gesunden Individuen treten in typischer Form, während und nach der Menstruation psychische Reizzustände ein, von denen in den Zwischenzeiten wenig oder gar nichts zu merken ist. Es kann die Gefühlssphäre, das Wollen und Denken alterirt werden; es können auch üble Eigenschaften und Angewohnheiten verstärkt werden oder hervorbrechen, um wie abgeschnitten wieder zu verschwinden und mit den folgenden Katamenien wiederzukehren. Anomalieen der Menstruation können diese Erscheinungen steigern und schliesslich dauernde psychische Krankheitszustände herbeiführen.

Das Weib ist zur Zeit der Menses gegen Schädlichkeiten aller Art weniger widerstandsfähig. In der psychischen Erkrankung während der Menses erkennt man eine pathologische Steigerung der noch in das Bereich des Physiologischen zu rechnenden Erregungszustände. Die ungewöhnliche Reaction des psychischen Organs zur Zeit eines physiologischen Vorganges weist auf einen Locus minoris resistentiae hin. Jedenfalls spielt hereditäre Belastung dabei auch eine Hauptrolle. Der normale Menstruationsvorgang kann an und für sich genügen, um das abnorm erregbare Gehirn im Sinne einer acuten Psychose zu beeinflussen, zumal wenn gleichzeitig andere Schädlichkeiten (Typhus, Reconvalescenz, Alkoholica, etc.) mitwirken. Pathogenetisch ist eine Psychose zur Zeit der Menses auf eine Wallungshyperämie des psychischen Organs, auf eine vasomotorische Neurose desselben zurückzuführen, die reflectorisch bedingt ist (v. Krafft-Ebing l. c. p. 205). In zahlreichen Fällen kehren die Paroxysmen zur Menstrualzeit wieder, ohne dass eine Menstrualblutung auftritt. Das auslösende Moment für die periodischen Irreseins-Anfälle liegt in den periodisch wiederkehrenden mit der Ovulation gesetzten Erregungsvorgängen der Ovarialnerven.

Die einfachsten, aber auch seltensten Fälle von Erzeugung der Psychosen durch Störungen der Menstruation sind die, wo bei zuvor gesunden Personen nach einer schnellen Cessation oder Unterdrückung der Periode acute lebhafte Hirnhyperämie entsteht, und unmittelbar damit Geistesverwirrung, meist Tobsucht mit heftiger Gehirncongestion ausbricht. — Viel häufiger geht zwar allerdings eine Stockung der Menses dem Irresein voraus, steht aber mit diesem in keinem so directen Verhältnisse, sondern ist selbst als Folge der anhaltenden Gemüthsdepression, als Theilerscheinung eines bestehenden anämischen Zustandes, einer anderen chronischen Krankheit oder überhaupt einer Verschlechterung der Constitution zu betrachten, und diese Verhältnisse stellen an sich schon wichtigere Ursachen dar, als die Menostase. —

Weiter kann der zu profuse Monatfluss durch Anämie und allgemeine Herabsetzung der Ernährung zur Ursache des Irreseins, wie jeder anderen Neurose werden. — Häufig aber zeigen sich Unregelmässigkeiten der Menstruation erst mit dem Beginn der Geisteskrankheit, so gut als sie in jeder anderen chronischen Krankheit eintreten können, wie man denn auch bei der Genesung vom Irresein oft beobachten kann, dass umgekehrt die Rückkehr der Menstruation auf die bereits zu Stande gekommene Beseitigung des Gehirnleidens folgt. — Dauert die Menstruation während der Geisteskrankheit fort, was oft ohne die geringste Störung der Fall ist, so wird nicht selten bei ihrem jedesmaligen Eintritt vermehrte Exaltation, überhaupt allseitige Steigerung der Geistesstörung beobachtet. In seltenen Fällen hat man selbst periodisches Irresein während der Menstruation jedesmal mit mehrwöchentlichem lucidum intervallum beobachtet.

β) Materielle und Lageveränderungen des Uterus oder Tumoren, welche mit chronisch entzündlichen Processen einhergehen, können psychische Erscheinungen hervorrufen; nach Savage (p. 88) genas eine dysthymische Kranke nach Reposition des vorgefallenen Uterus. Meist ist der Wiedereintritt der Menses ein prognostisch gutes Zeichen. Bei hysterischen Kranken beobachtet man nicht selten Schwellung und Empfindlichkeit der Ovarien, unregelmässige Menses, bisweilen heftige Blutungen. Savage (ibid.) fand Vergrösserung und Empfindlichkeit der Ovarien bei einer Katatonischen zugleich mit profuser Salivation. Die frühesten Symptome einer Eierstockserkrankung bieten entweder das Bild einer bis zum Affect sich steigernden Reizbarkeit oder einer Dysthymie mit hypochondrischer Färbung.

Die Suggestion hat auf Menstruations-Anomalieen bestimmenden Einfluss: Amenorrhöe wie uterine Hämorrhagieen wurden bei nervösen Frauen mittelst derselben beseitigt.

γ) Die in der Litteratur angeführten Fälle von acuten Psychosen nach gynaekologischen Operationen, besonders nach Ovariotomieen, lassen sich fast sämmtlich durch Jodoform- oder ähnliche Intoxikation erklären.

δ) Gravidität, Partus, Puerperium, Lactation. Nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 210) bilden die erschöpfenden Wirkungen der Schwangerschaft und der Puerperalvorgänge ungefähr bei 17,8% die disponirenden oder accessorischen Krankheitsursachen. Im Mittel sind 14% aller Psychosen bei Frauen auf die Phasen des Fortpflanzungsgeschäfts zurückzuführen. Wichtig sind ausser der erblichen Anlage als prädisponirende Momente die neuropathische Constitution, Chlorose, Anämie und alle den Organismus schwächenden Factoren. Am häufigsten ist das puerperale Irresein, dann das der Lactationsperiode, schliesslich das der Schwangeren (ca. 3%).

§. 240.

2. Missbrauch der Zeugungsorgane. Der sexuelle Missbrauch kann, excessiv betrieben, leicht eine Neurasthenie des ganzen Systems hervorrufen, jedenfalls das Hirn für Reize empfänglich machen und dadurch den geeigneten Boden für die Entwicklung einer Psychose setzen. Bei vielen Belasteten ist die sexuelle Ausschweifung nicht sowohl Ursache als Symptom oder wenigstens Folgeerscheinung eines krankhaften Zustandes.

a) Die natürlichen Ausschweifungen. Mitunter rufen starke sexuelle Ausschreitungen, analog dem maasslosen Trinken, plötzliche Störungen hervor. Savage (l. c. p. 74) sah mehrmals bei kürzlich verheiratheten jungen Leuten nach einer sexuellen Orgie ein aufgeregtes Irresein von wenigen Tagen folgen. Nach einigen Autoren sind geschlechtliche Ausschweifungen die hauptsächlichsten Ursachen der allgemeinen Paralyse der Irren; in einigen Fällen wurde das Auftreten von Epilepsie zuerst nach geschlechtlichem Verkehr beobachtet, in einem Falle schien die Epilepsie durch einen unvollendeten Beischlaf hervorgerufen zu sein. Derartiges trifft jedoch nur stets hochgradig Belastete. Rüstige Gehirne können auf sich loswüthen, so viel sie wollen, es schadet ihnen in den meisten Fällen nichts. Es kommt hierzu noch der Umstand, dass das rüstige, unbelastete Gehirn nur dem natürlichen Geschlechtstriebe nachgiebt. Der natürliche Geschlechtsgenuss wirkt aber auch erheblich weniger verhängnissvoll als die widernatürliche Unzucht. Die widernatürliche Unzucht ist schon immer ein Zeichen psychischer Invalidität. Weiber ertragen den sexuellen Missbrauch besser als der Mann (vgl. Prostituirte). Wird dem Geschlechtstriebe zu stark gefröhnt, so sind schwere Cerebrasthe-

nieen, frühes Greisenalter, schwere Dysthymieen mit hypochondrischer Färbung die Folge.

b) Widernatürliche Ausschweifungen. Die Masturbation bildet ein ganz besonderes ätiologisches Moment durch die Erschütterung, welche sie dem ganzen Nervensystem bietet, und durch die Exaltation, welche sie dem Gebiete der Einbildung zuführt; noch mehr hat sie Einfluss auf das moralische Gefühl und den ganzen Charakter der Person. Ohne die Säfteentziehung und die directe Einwirkung dieser häufig fast permanenten Genitalienreizung auf das Rückenmark und Gehirn zu hoch zu taxiren, muss man doch gewiss den traurigen, psychischen Folgen der Onanie einen noch weit schädlicheren und auf das Irrewerden directeren Einfluss zuerkennen. Jenes Kämpfen gegen einen Trieb, der schon übermächtig geworden, jenes stete Unterliegen, jener verborgen gehaltene Zwiespalt zwischen Scham, Reue, gutem Vorsatz und zwischen dem gebieterischen Reize hielt Verf., nach nicht wenigen Geständnissen von Onanisten, für unbedingt wichtiger als das erste, direct somatische Moment. Der Antheil, den beide Wirkungsweisen haben, lässt sich im einzelnen Falle nicht ausscheiden; der Effect der Onanie scheint aber überhaupt um so grösser, in je früherem Lebensalter durch sie die Constitution verschlechtert, und der Kranke in erheblichem Grade anämisch wird, je mehr sie von jenen schmerzlichen Gemüthsbewegungen begleitet ist und je mehr sie zur Ursache localer Erkrankung der Genitalien wird. Wo diese drei Momente fehlen, hat die Masturbation meist keine schweren Folgen.

Ellis (Traité de l'aliénation, trad. p. Archambault. Paris 1840. p. 133) schreibt der Onanie die Mehrzahl aller in den öffentlichen Anstalten behandelten Fälle zu. Andere, wie Guislain und Parchappe, führen sie nur mit geringen Zahlen in ihren ätiologischen Tabellen auf. Vgl. den Aufsatz von Flemming: Ueber das Causalverhältniss der Selbstbefleckung zur Geistesverwirrung, in Jacobi und Nasse's Zeitschrift I. 1835 p. 205. Ellinger (Zeitschrift f. Psychiatrie II. 1845 p. 22) nimmt nach seinen sorgfältigen Untersuchungen in Winnenthal die Onanie bei etwa $^1/_5$ der Kranken als mitwirkendes Moment an. Vgl. noch Nasse, Zeitschrift für Psychiatrie 1849 p. 369 ff. Claude, Revue médicale 1849 Mai p. 252.

Onanisten sind schüchtern, leicht beunruhigt, ein Nichts erregt sie, sie haben Furcht vor allem. Es ist zu beachten, dass dieses Laster die Geisteskrankheiten nicht nur hervorruft, sondern auch unterhält und oft die Heilung geradezu unmöglich macht. Das Auftreten von Geruchs- und Gehörshallucinationen, Abnahme des Sehvermögens, blöder, scheuer Blick, blasse Hautfarbe, Misstrauen zugleich mit Egoismus, endlich die Formen der Seelenstörungen, (Dysthymie mit Selbstmordgedanken), später die Sucht in affectirten Worten zu reden (Phraseomanie) sind wichtige Merkmale.

Die Masturbation kommt bei beiden Geschlechtern in gleicher

Weise in der Zeit vor, in welcher der Charakter beim Menschen schwankt. In einer grossen Zahl der Fälle ist es ein anerzogenes Laster, doch kommt auch spontane Entstehung vor. In einigen Fällen hat sie ohne fremde Anregung schon vor dem 5. Lebensjahre begonnen (Savage l. c. p. 79). Es kann als Regel gelten, dass, je früher sie anfängt, um so schwerer die erbliche Belastung ist, und dass auch die Gefahr nachfolgender Geistesstörung um so grösser wird.

Noch häufiger ist Masturbation als ein Symptom der Geistesstörung anzusehen, z. B. in einfachen maniakalischen Erregungszuständen bei jungen Mädchen und Knaben, ferner in den frühen Stadien der Paralyse und bei Puerperal-Psychosen. Masturbation kommt als Krankheitserscheinung auch im Klimakterium und Senium vor.

Es ist nicht ganz selten, dass im Beginne des Irreseins oder beim Uebergang eines mässigen Stadium melancholicum in das Stadium maniacum der Kranke einen gesteigerten Geschlechtstrieb äussert, der zu schamlos getriebener Onanie oder zum Herumtreiben in Bordellen Anlass werden kann. Man muss hierin schon ein Symptom, nicht eine Ursache des Irreseins sehen. In manchen Fällen wird man auch da, wo die sexuellen Excesse wirklich der Zeit nach als Ursache des Irreseins erscheinen, jene selbst nur als nächste Folgen eines krankhaften Reizes, einer schon länger bestehenden Irritation der betreffenden Partieen des Nervensystems anzusehen haben; namentlich aber lässt die im frühen Lebensalter, schon lange vor der Pubertät, von selbst ohne Unterweisung, entstandene Onanie fast mit Sicherheit auf eine krankhafte Reizbarkeit der Genitalien schliessen, die mit der ganzen nervösen Constitution und mit einer primitiven Anlage zu Geisteskrankheiten zusammentrifft.

Die Seelenstörungen, welche unter Mitwirkung der Onanie entstehen, haben zwar keinen constanten specifischen Charakter, zeichnen sich aber in vielen Fällen durch starke Gemüthsabstumpfung und Gemüthserschöpfung, durch viele Gehörs- und Geruchshallucinationen, durch eine religiöse Färbung der Delirien, durch baldigen Uebergang in Verrücktheit und daher häufige Unheilbarkeit aus.

In sehr jugendlichem Alter entwickeln sich bei excessiver Onanie Zustände primärer progressiver Demenz in der Form der Katatonie, ferner hallucinatorisch-delirante Zustände, Raptus, Primordial-Delirien, Erregungszustände mit impulsivem Charakter, sittlicher Schwachsinn, absolute Athymie und Abulie.

c) Onanie (psychische). Sehr schädlich ist die psychische Onanie, d. h. die Vorstellung lasciver Situationen bis zum Eintritt einer Ejaculation. Die Wirkung der Onanie beruht in der Hervorrufung einer Genitalneurose, die sich auf das Lendenmark verbreitet und zu allgemeiner Neurasthenie führt (v. Krafft-Ebing l. c. p. 208).

§. 240a.

3. Geschlechtliche Nichtbefriedigung. Die sexuelle Enthaltsamkeit ist im Falle der Freiwilligkeit auf eine ihr zu Grunde liegende psychopathische Constitution zurückzuführen; man trifft sie fast stets bei der classischen Paranoia. Kraepelin (l c. p. 29) behauptet, dass er-

zwungene Enthaltsamkeit nach vorheriger Gewöhnung an sexuelle Befriedigung zur Onanie disponirt. „Die Nichtbefriedigung kann hier eine wahre Brunst bis zu Zuständen von Satyriasis, Nymphomanie oder hallucinatorischen Delirien hervorrufen.“ Solche brunstartigen Erregungszustände treten ebenfalls sehr häufig bei neuropathischen Individuen (vornehmlich bei Frauen) in die Erscheinung. Wie durch die Ueberreizung der Genitalsphäre schwere cerebrasthenische Zustände geschaffen werden können, ebenso tritt dasselbe Resultat bei der erzwungenen Enthaltsamkeit ein. Es entwickeln sich hypochondrische Dysthymieen, Paranoia, Irresein mit Zwangsvorstellungen.

Dem aus irgend einem anderen Grunde ausgebrochenen Irresein vermag die sexuelle Nichtbefriedigung, namentlich beim Weibe, einen besonderen Anstrich zu geben, indem der lange zurückgedrängte Trieb sich gern in der Form des verliebten und sexuellen Wahnsinns, bald in idealem Gewande, bald in unverhüllter Weise äussert.

Bei einem Menschen von normaler Veranlagung und normaler geschlechtlicher Bedürftigkeit wird die Abstinenz niemals Gefahren für Nerven- und Geistesleben mit sich bringen, wenn er passende, geistige Diät, Fernhaltung von die geschlechtliche Sphäre erregenden Vorstellungen, ernste geistige und berufliche Thätigkeit, frugale Kost und reichliche Leibesbewegung zu Hülfe nimmt.

Das normal veranlagte Weib ist an und für sich weniger geschlechtsbedürftig wie der Mann, und die sexuelle Nichtbefriedigung spielt keine so grosse Rolle bei der Entstehung der Hysterie, wie vielfach behauptet wird. Nicht auf die Sinnlichkeit, sondern auf die Nichtbefriedigung idealer Gefühle (gesicherter Lebensstellung als Ehefrau, Mutter etc.) legt v. Krafft-Ebing (p. 156 u. 209) den Hauptaccent beim Weibe. Ernste Gefahren kann die erzwungene Abstinenz bezüglich der Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten nur bei Individuen hervorbringen, welche neuropathisch constituirt sind, und bei denen ein äusserst lebhafter Sexualtrieb sich vorfindet.

Der pathogenetische Weg, auf welchem die Nichtbefriedigung des Sexualtriebes die Nervengesundheit schädigt, ist folgender: Es entwickelt sich zunächst durch beständige Erregung und Hyperämisirung der genitalen Organe, vermöge der centralen Hyperaesthesia sexualis, bei mangelnder Entlastung und Ausgleichung der Erregung durch den Coitus etc. eine genitale Neurose, eine reizbare Schwäche der Lendenmarkcentren (v. Krafft-Ebing l. c.). Die Ehe kann nur für die Neurasthenia sexualis ex abstinentia ein Heilmittel sein, und auch da ist sie nur anzurathen, wenn die Neurose erheblich gebessert ist.

VI. Das Irresein durch Intoxikationen.

§. 241.

1. Alkohol. Der Alkohol nimmt in seiner deletären Wirkung auf das Central-Nervensystem und in socialer Hinsicht unter allen giftigen Stoffen die hervorragendste Stellung ein. 10—14% aller psychisch Kranken sind auf Grund der Alkoholvergiftung leidend. Kraepelin (l. c. p. 22) ist der Ansicht, dass der Missbrauch sich nach der Nationalität richtet, und giebt als Zahl für die Psychosen aus Alkohol 10 bis 40% an. Das männliche Geschlecht überwiegt das weibliche in der Trunksucht um 3—5mal in den höheren Schichten.

Doch kommen bei den Weibern, nicht nur unter dem Pöbel oder in der Classe der Prostituirten — wo ohnedies der Säuferwahnsinn nicht eben selten ist, — sondern auch in den höheren Ständen bei hysterischen Weibern, namentlich in den klimakterischen Jahren, Beispiele von Trunksucht und daraus entstandenem Irresein vor. Sutton erzählt einen Fall, wo bei einer Frau nach übermässigem Gebrauch von Lavendeltinktur gegen Schlaflosigkeit das Delirium tremens ausbrach.

Die Neigung zum Genusse des Alkohols wird durch die Gewohnheit und die Vererbung verstärkt. Der Alkohol wirkt auf das Central-Nervensystem zunächst direct, theils chemisch reizend, theils geweblich verändernd, theils vasomotorisch lähmend. Die Folge ist, ausser den Gefässveränderungen, Trübung und Verdickung der Arachnoïdea, der Pia, sowie Wucherung der pacchionischen Granulationen, mitunter auch Pachymeningitis haemorrhagica. Bei chronischem Alkoholmissbrauch entwickelt sich im peripherischen Nervensystem die Alkohol-Neuritis. Das Gehirn wird in seiner Textur bleibend verändert und eine völlige Wiederherstellung der normalen Verhältnisse immer schwieriger (v. Krafft-Ebing p. 214).

So wirkt das Uebermaass der Spirituosa einerseits und vornehmlich rein somatisch, theils direct durch Ueberreizung und Ernährungs-Veränderung des Gehirns, theils indirect durch Ausbildung des Säuferscorbuts, der fettigen Entartung der Leber, der schweren Magenkrankheiten und damit durch völlige Zerrüttung der Constitution. Andererseits aber führt die Trunksucht auch wichtige psychische Ursachen herbei, theils in jenen Aufregungen, tollen Streichen, Händeln, Raufereien, denen der Trunkenbold sich leicht aussetzt, theils in den traurigen psychischen Eindrücken, die ihm die gewöhnlichen Folgen der Trunksucht, häuslicher Unfriede, Ruin der Geschäfte, Untergang des Familienlebens, äussere Geringschätzung allmählich aufdringen müssen. Als ein drittes Moment endlich ist der Umstand wohl zu beachten, dass in vielen Fällen die Trunksucht selbst schon die Folge solcher Eindrücke, des häuslichen Kummers, des Grams, des Aergers und Verdrusses ist, für die eben in der Flasche Ersatz und Erleichterung gesucht wird, wo es denn, beim gemeinsamen Fortwirken zweier so wichtigen Ursachen, gewöhnlich am schnellsten zur Ausbildung des Irreseins kommt.

Dass jeder höhere Grad von Berauschung, als ein traumartiger Zustand mit zahlreichen Illusionen und Hallucinationen, schon an und für sich ein wirkliches Irresein darstellt, versteht sich von selbst; zuweilen sieht man, wie einzelne Individuen, schon nach verhältnissmässig geringem Genuss der Spirituosa, jedesmal nicht gerade in tiefe Berauschung, sondern bei wohl erhaltenem Bewusstsein, in grosse Neigung zu ganz extravaganten, tollen und närrischen Streichen gerathen: ein Umstand, der wohl als ein Zeichen von Prädisposition zu Geisteskrankheit zu betrachten ist. Mitunter brechen bei Betrunkenen plötzliche convulsivische Zustände, ähnlich epileptischen Anfällen aus, denen bald ein Zustand von Gedankenlosigkeit und ruhigem Delirium, bald Ausbrüche heftiger Raserei folgen, was man die convulsivische Form des Rausches genannt hat.[1])

Der Gewohnheitssäufer, bei dem es schon weit gekommen ist, zeigt übrigens auch, wenn er gerade nicht betrunken ist, viele Merkmale, die auf ein fortdauerndes, chronisches Gehirnleiden hinweisen und die ihn den Geisteskranken sehr nähern, wie denn auch sein Zustand ganz allmählich in Irresein, namentlich in Blödsinn übergehen kann, und im Gehirn des habituellen Säufers sich, wie bei vielen Irren, die Resultate passiver Stasen, die chronisch entstandenen Trübungen und Verdickungen der zarten Hirnhäute constant vorfinden. Der durch Gewohnheit unterhaltene Trieb ist im Säufer so mächtig, die Vorstellungen, die ihm entgegentreten könnten, sind so schwach und damit der Wille so lahm geworden, dass er, obwohl er weiss, wie er sich entehrt und verächtlich macht, wie er seine Gesundheit untergräbt, seinen häuslichen Frieden zerstört, sein Geschäft zerrüttet, doch jeden Tag wieder den vielleicht gefassten guten Vorsatz hintansetzt. Die Eingenommenheit, der Schwindel, die Stumpfheit der Sinne, die Muskelschwäche, die Magenbeschwerden, an denen er leidet, werden durch den jedesmaligen Genuss momentan beschwichtigt, und gerade dadurch, dass jeden Tag wieder solchen Leiden abzuhelfen ist, scheint sich die Trunksucht häufig zu befestigen.

Das Delirium tremens entsteht bei Gewohnheitstrinkern, zuweilen auch bei solchen, wo es nicht gerade oft zu wirklicher Berauschung gekommen ist. Zuweilen bricht es schnell aus, gewöhnlich geht ihm Schlaflosigkeit oder Störung des Schlafes durch wüste Träume voraus. Affecte, Schmerzen, acute Krankheiten (besonders Pneumonie), Blutungen, schwächende Einflüsse aller Art, schnelles Aussetzen aller alkoholischen Getränke determiniren öfters den Ausbruch. Die charakteristischen Erscheinungen bestehen in Schlaflosigkeit, Tremor, Neigung zu Schweissen, Hallucinationen; der psychische Zustand ist gewöhnlich der einer grossen Unruhe und Agitation, hauptsächlich beruhend auf den Hallucinationen, wobei unter Umständen der Kranke seiner Umgebung gefährlich werden kann.

Der schädliche Einfluss des Trinkens wächst bedeutend, wenn eine starke erbliche Belastung vorliegt. Ebenso wichtig ist sein Einfluss auf die Entstehung von Nervenstörungen in Bezug zu Kopfverletzungen. Es kommt ferner directe Uebertragung des Alkoholismus vom Vater auf die Kinder vor, in der Form der directen Vererbung als Trunksucht oder als Imbecillität und Blödsinn, Mikrocephalie, früher

---

[1]) S. Marc, Die Geisteskrankheiten II. p. 431. — Drake in Nasse's Zeitschr. für Anthropologie 1824 p. 224 seqq.

Tod an Convulsionen, oder im späteren Leben als Verbrechen und Geisteskrankheit.

Das Trinken kann aber auch das erste Zeichen einer Krankheit sein und nicht die Ursache. In einzelnen Fällen war die Krankheit bereits in voller Entwicklung, ehe die Ausschreitungen im Trinken begannen. Das Trinken ist hier als eine die Krankheit auslösende, aber nicht als disponirende Ursache anzusehen. Unter den gebildeten Classen besteht kein Zusammenhang zwischen der Zunahme des Irreseins und einem gesteigerten Verbrauch berauschender Getränke, wohl aber für die unteren Classen. Die Enthaltung vom Alkoholgenusse bildet kein Vorbeugungsmittel gegen Irresein: Unter denen, welche keinen Alkohol zu sich nehmen, giebt es ebenso viele geistig depravirte Individuen wie anderswo; derartige Individuen findet man häufig in der Gruppe der Sonderlinge und verschrobenen Köpfe.

Eine besondere Stufe nehmen die Quartal-Säufer ein. Bei diesen hat man es mit einer Form periodischen Irreseins auf dem Grunde erblicher Belastung zu thun.

Man hat einzelne Fälle von Dipsomanie oder periodischer, intermittirender Trunksucht beobachtet, wo von Zeit zu Zeit, Anfangs unter allerlei Symptomen (Kopfschmerz, grosser Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Ekel, nagenden Empfindungen in der Magengegend) sich grosse geistige Verstimmung, allgemeines Missbehagen, ein Zustand mässiger Schwermuth einstellt, wo dann nach kurzer Zeit der Kranke unruhig wird, anfängt in Wirthshäusern herumzulaufen und sich, meist mehrere Tage anhaltend fort, stark betrinkt. Der Rausch steigert sich nun gewöhnlich zu einem maniakalischen Anfall, aus dem dann der Kranke bald schnell, bald erst später in tiefer Apathie erwacht und nun oft lange einen wahren Abscheu gegen Spirituosa zeigt. Gewöhnlich wiederholen sich solche Anfälle. Bei ihrer Beurtheilung ist namentlich auf die An- oder Abwesenheit eines vorausgegangenen Stadium melancholicum, auf etwaige erbliche Disposition und auf den Umstand zu achten, ob der Kranke sonst durchaus mässig lebt oder auch Neigung zum Trunke zeigt. Im letzteren Falle ist die Entstehung des Sauf-Raptus aus Krankheit immer im höchsten Grade problematisch.

Aetiologisch entwickelt sich der Alkoholismus entweder auf einem durch Belastung schon präparirten Boden, oder er ist die Gelegenheitsursache bei schon prädisponirtem Gehirn (classische Paralyse). Die Complication einer Psychose mit Alkoholexcessen steigert die Intensität der ersteren. Für die eigentliche Alkoholpsychose sind Gesichtstäuschungen, rothes Gesicht oder rothe Nase, Hastigkeit der Bewegungen, Zittern der Glieder, Unsicherheit der Sprache, cholerisches Temperament, häufige Delirien furibunder Art charakteristisch. Sowohl das eigentliche Delirium wie die erwähnten Erscheinungen entstehen nur auf Grund chronischen Alkoholgenusses. Nur die epileptiformen Bewusstseinsstörungen mit totaler Amnesie können Folgen einer einmaligen acuten Alkoholvergiftung sein (v. Krafft-Ebing l. c. p. 215). Derselbe Autor sieht die Krankheit dann besonders als eine Alkohol-

psychose an, wenn der Verlauf sich vorwiegend acut abspielt, plötzlich einsetzt und ebenso plötzlich sich löst, und ausserdem noch fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn deutlich vorhanden sind.

Absynth-Missbrauch. Die Vergiftungssymptome sind dieselben wie beim Alkohol, nur erheblich gesteigert.

§. 242.

2. Narkotica. Fast ebenso deletär wie der Alkohol wirkt Opium und sein Alkaloïd Morphium. Der Symptomencomplexen sowohl des chronischen Gebrauchs wie der Entwöhnung ist bei beiden Giften in vielen Stücken derselbe.

Die Darreichung des Cocaïns zur Unterstützung der Morphiumabstinenz, zur Linderung der Schmerzen bei Operationen, oder auch die Cocaïnsucht selbst ruft eine Psychose in der Form der Hallucinose (s. d.) hervor.

Besonders intensiv und charakteristisch sind die Störungen des Gemeingefühls. Es ist sehr bezeichnend, dass gleich nach der Einieferung in die Anstalt das ganze Delirium schwindet (wie ich glaube, weil das Cocaïn sistirt wird). Ob die Sinnestäuschungen sofort vollständig aufhören, ist die Frage. Ich glaube, beobachtet zu haben, dass die Kranken noch eine geraume Zeit dissimuliren, besonders wenn die Cacaïndelirien lange gedauert haben. Die Sinnesempfindungen sind noch nicht wieder in die normalen Bahnen übergegangen. Der Sturm war zu heftig, noch immer zeigt das Meer leichte Dünung.

Auch bei Cannabis indica, Haschisch, wie beim Genuss von Hyoscyanus, Conium, Datura Strammonium, Belladonna, und giftigen Schwämmen tritt Geistesstörung und Delirium ein. Die Belladonna-Vergiftung schliesst sich in der Form eines tobsüchtigen, hallucinatorischen Exaltationszustandes unmittelbar an die Einführung des Giftes an.

Bei längerem Gebrauch von Atropin tritt ebenfalls psychische Störung ein: Hallucinatorisches Irresein, Apathie, paralytische Sprache, Schwindel, Coordinationsstörungen.

Secale cornutum. Die Vergiftung verläuft entweder, und zwar hauptsächlich in stuporöser Form oder in der Form der Hallucinose mit stürmischem Charakter, massenhaften Gesichtshallucinationen, Kachexie, Menstruations-Anomalieen, Verschwinden des Kniephänomens, Extremitätenataxie, Silbenstolpern, Präcordialangst, Delirium mit Amnesie (v. Krafft-Ebing p. 217.).

Tabak. Der übertriebene und bei einzelnen Individuen schon mässige Gebrauch des Tabaks entzieht die zur normalen Functionirung der Nervenmassen nöthige Menge von Phosphor und Schwefel und ruft

eine ungewöhnlich grosse Oxydation des Phosphors und Schwefels hervor, welche unter der Form von Phosphorsäure und Schwefelsäure ausgeschieden werden.

Guislain fand in mehreren Fällen keine andere Ursache eines unheilbaren Blödsinns als den täglichen Verbrauch von 10 bis 12 der stärksten Cigarren. Auch Jolly führt die grössere Sterblichkeit in den letzten Jahren, sowie die Häufigkeit der classischen Paralyse auf die Schädlichkeit des Tabaks zurück. Nach Huchard hat das Nicotin seinen Angriffspunkt nicht nur in dem Pons, sondern auch in der Med. oblongata. Zweimal hat dieser Autor Bulbärlähmung mit Pulsverlangsamung und epileptiformen Anfällen bei Nicotinvergiftung beobachtet. Der Tremor und die Muskelschwäche, sowie die Schwindel- und Migräne-Anfälle und die psychischen Symptome der Raucher beruhen auf den vom Nicotin bewirkten Gefässverengerungen.

Chloral-Missbrauch wirkt störend durch Herabsetzung der Ernährung und der Energie des Gefässcentrums. v. Krafft-Ebing (p. 218) hat nach plötzlichem Aussetzen des Chlorals delirium-tremensartige hallucinatorische Delirien beobachtet, ebenso wie nach plötzlicher Abstinenz von Paraldehyd.

Bromismus. Bei Monate und Jahre lang fortgesetztem Gebrauch von grösseren Dosen tritt Brom-Vergiftung ein. Die Symptome derselben sind: Sinken des Muskeltonus, Zittern, Schwinden der Gaumen- und Rachen-Reflexe, Somnolenz, Betäubung, Stupor bis zu tiefer Demenz, amnestische Aphasie, lallende Sprache, zitternde Schrift, bisweilen Agraphie, taumelnder Gang, allgemeine Parese bei erhaltener cutaner Sensibilität, blöde Miene, Herabsetzung der Gesichts- und Gehörswahrnehmung und endlich Schwächung des Gedächtnisses (v. Krafft-Ebing p. 222 und Falk, Lehrbuch d. prakt. Toxikologie p. 67).

Jodoform ruft durch medicinale Anwendung zu grosser Dosen im Gefolge der acut oder allmählich sich entwickelnden Vergiftung mannigfache psychische Erscheinungen hervor. In leichteren Fällen zeigt sich, neben Appetit- und Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und allgemeiner Mattigkeit, Unlust zur Arbeit und Trübung der Gemüthsstimmung. In schweren Fällen etablirt sich entweder mit Irrereden, Angstgefühl und Zuckungen der Gesichts- und Rumpfmuskeln ein Exaltationszustand, welchem ein Tage lang anhaltender Sopor oder ein Koma folgt, oder es bildet sich eine Dysthymie mit Nahrungsverweigerung und Verfolgungswahn aus. Beide Formen haben eine schlechte Prognose, sie werden entweder chronisch oder enden in kürzerer Zeit mit Tod. (Lewin, Lehrbuch der Toxikologie. Wien u. Leipzig 1885 p. 43.) Infolge von Jodoformintoxikation bei Wundbehandlung beobachtete v. Krafft-Ebing (l. c. p. 217) Psychosen mit folgenden Symptomen: Immobilität, Ver-

wirrtheit, schreckhafte Hallucinationen und Illusionen bis zum Delirium furiosum.

3. Metallgifte. Bleipsychosen. Das Hirnleiden durch Bleivergiftung (Encephalopathia saturnina) soll in manchen Fällen dem Delirium tremens sehr ähnlich sein, besonders durch das gleichfalls aufgeregte, schwatzhafte Delirium mit Zittern; indessen kommt auch eine ruhigere Form vor. Das transitorische, hallucinatorische Delirium kann spontan oder aus prodromalen leichteren Störungen des Intellects und des Willens hervorgehen. Nach einigen Tagen tritt die Lösung durch ein Koma von ein- bis zweitägiger Dauer ein, oder der ganze Zustand geht in Stupor, chronische Verwirrtheit oder in Epilepsie über.

Moreau (Anal. méd.-psychol. VII 1855, p. 639) berichtet einen Fall von Stupor, wechselnd mit maniakalischer Aufregung, nach starkem Gebrauch einer Pommade, die sehr viel Bleiglätte enthielt; die Krankheit brach erst aus, als die Pommade 14 Tage ausgesetzt war; es fand sich auch hier Kolik und grauer Rand des Zahnfleisches.

Die chronische Bleipsychose ist ferner charakterisirt durch hallucinatorische Wahnsinnszustände oder paralyseartige Krankheitsformen. Es kommt daneben zu rapidem Sinken der Ernährung und zu motorischen Störungen, wie man Aehnliches nur bei der chronischen Cocaïnintoxikation bemerken kann.

Quecksilberpsychosen treten nach kürzerer oder Jahre langer Einwirkung des Giftes auf. Individuelle Disposition, Lebensweise, Alkohol-Missbrauch und sexuelle Excesse sind wichtige Hilfsursachen. Die psychischen Störungen sind Verstimmung, grosse Erregbarkeit, „auffällige Schreckhaftigkeit, Verlegenheit, Aengstlichkeit, vorzüglich wenn die betr. Personen besonders beobachtet oder von Fremden plötzlich angesprochen werden, leichte Neigung zu Zornausbrüchen, Schlaflosigkeit mit intercurrenten Hallucinationen“ (Erethismus mercurialis), endlich Gedächtniss- und Verstandes-Schwäche. Der psychische Mercurialismus kann die Form der Paraphrenia alternans s. complexa annehmen. Somatische Störungen, speciell Erkrankungen des Mundes etc., desgleichen motorische Störungen (Tremor) finden sich stets dabei.

4. Giftige Gase. Das Kohlenoxydgas kann Hyperämie bis zur Apoplexie und Gehirnerweichung hervorrufen. Es wurde auch eine Psychose in der Form einer Paraphrenia alternans s. complexa und Encephalomalacie beobachtet. (Simon, Archiv für Psychiatrie I. 263 bei Lewin l. c. p. 27.) Huchzermeyer (Kohlendunstvergiftung, Dissert. Berlin 1868, ibid.) beobachtete nach einer Frist von 25 Tagen nach der Vergiftung den Ausbruch einer acuten Psychose mit heftigen Hallucinationen. In anderen Fällen entwickelt sich ein Zustand von Schwachsinn; das Gedächtniss ist lückenhaft, und abstracte Vorstellungen können nicht aufgenommen werden, der Kranke wird gegen alle äusse-

ren Eindrücke apathischer, verweigert die Nahrungsaufnahme. Derartige Erscheinungen sind jedoch noch nach Bestand von mehreren Monaten zur Heilung gekommen (l. c. p. 27).

Schwefelkohlenstoff-Vergiftung. Die Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff entwickelt sich meistens chronisch bei Arbeitern in Kautschukfabriken; anfänglich treten leichtere Krankheitssymptome (Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen) auf; dazu kommen allmählich Gliederschmerzen, Hautjucken, Erhöhung der Pulsfrequenz. Einzelne Kranke gerathen in einen Erregungszustand, während dessen namentlich der Geschlechtstrieb, bei Frauen die Quantität der Menstruation enorm gesteigert ist. Aus dieser Erregung, welche Wochen und selbst Monate dauern kann, entwickelt sich mit allmählichem Schwinden der Aufregung eine tiefe Depression. An Stelle der erhöhten Lebhaftigkeit tritt Apathie und Stumpfheit. Das Gedächtniss schwindet, Gesicht und Gehör sind stark geschwächt, der Geschlechtstrieb ist vermindert oder ganz geschwunden, die Muskeln verlieren ihre Spannkraft und werden anästhetisch, so dass der Kranke genöthigt ist, seine Beschäftigung aufzugeben. (Falck, l. c. p. 164.)

Autochthone Vergiftung. Selbstinfection durch abnorme Bildung grösserer Mengen von Schwefelwasserstoff und Retention derselben im Darmkanal des Menschen und infolge davon Exaltationszustände mit folgendem Koma oder epileptische Anfälle mit daran sich anschliessenden erregten und dementen Zuständen wurden von Betz, Senator, Emminghaus beobachtet. Schon Ideler glaubte, darin die Ursache vieler hypochondrischer Leiden erkannt zu haben. (Falck, l. c. p. 77.)

Drittes Buch.

Die Formen der psychischen Krankheiten.

EINLEITUNG.

Ueber verschiedene Methoden der Eintheilung der Psychosen.

§. 243.

Jede Eintheilung der Irreseinszustände ist eine vorläufige, da eine endgültige, wissenschaftliche Disposition der Psychosen sich nur auf der Basis exacter und erschöpfender pathologisch-anatomischer Untersuchung der psychischen Depravationen aufbauen lässt. Nach dieser Hinsicht hin hat Meynert in geistreicher und wissenschaftlicher Weise eine Classification aufzustellen versucht.

„Eine Gruppirung der Hemisphären-Störungen auf Grundlage des Baues, der Leistung und der Ernährung des Gesammtbaues mit Ausschluss der nach ihrer Aetiologie ganz abzutrennenden Gruppe der Intoxikationen“ (Meynert, Psychiatrie. Wien 1884 p. 281).

Im Allgemeinen ging man bisher bei der Eintheilung der Geisteskrankheiten von den äusseren Krankheitserscheinungen aus; es wurden Manie, Melancholie, Demenz, Wahnsinn und Zustände geistiger Schwäche unterschieden. Savage (l. c. p. 14) trennt die Psychosen nach ihrem Auftreten in den verschiedenen Perioden des menschlichen Lebens.

Statt des anatomischen Eintheilungsprincips, welches immer noch grosse Lücken zeigt, müssen wir das functionelle, psychische festhalten, und dieses wird hier, da die Störungen des Vorstellens, Fühlens und Strebens die hauptsächlichsten und auffallendsten sind, zum psychologischen. Nach der Art und Weise der psychischen Anomalieen ist also das Irresein einzutheilen. Während es aber die Aufgabe des klinischen Unterrichtes ist, die Mannigfaltigkeit der psychischen Störungen in den concreten Erkrankungsfällen hervorzuheben und zu analysiren, muss sich die Nosologie mit der Aufstellung weniger Hauptgruppen psychischer

Störungen, weniger psychisch-anomaler Grundzustände begnügen, die sich aus der Uebereinstimmung sehr vieler Fälle in gewissen charakteristischen Merkmalen ergeben, und auf die sich daher alle Mannigfaltigkeit des einzelnen Erkrankens zurückführen lässt. Diese Grundzustände und ihre äusseren Erscheinungen haben wir hauptsächlich zu schildern, und wenn dabei die Varietäten und die Uebergänge der einzelnen Formen in einander wohl beachtet werden müssen, so kann dies doch niemals in erschöpfendem Detail geschehen; eben jenes Flüssige der (normalen und anomalen) psychischen Erscheinungen, auf welchem die Varietäten, Mittelzustände und Uebergänge beruhen, bildet den interessantesten Vorwurf klinischer Erörterung.

Im Anschluss an die oben aufgeführten Eintheilungen verdient die Kahlbaum'sche Lehre von den klinisch-diagnostischen Gesichtspunkten der Psychosen näher betrachtet zu werden. Kahlbaum hat folgende Hauptsätze aufgestellt:

I. Die Geisteskrankheiten zeigen häufig einen wechselnden Verlauf und die verschiedensten Arten der Erscheinungen von psychischen Symptomencomplexen oder psychischen Gesammtzuständen. Diese Psychosen haben die Tendenz zu endlichem Uebergange in Blödsinn. Ausser anderen Gesammtzuständen giebt es besonders vier häufig vorkommende und charakteristisch ausgeprägte:
   a) Melancholie,
   b) Manie,
   c) Perturbation,
   d) Demenz.

II. Es giebt auch Krankheitsfälle mit constantem Verlauf und gleichbleibendem Symptomen-Charakter, und bei diesen continuirlichen Krankheiten ist die psychische Anomalie von geringerem Umfange als bei den Fällen mit wechselndem Verlauf. Diese Psychopathieen gehen nicht in Blödsinn über.

Kahlbaum unterscheidet nach Maassgabe des Umfanges, Verlaufs und Ausgangs, mit einigen von mir gemachten, zur leichteren Uebersicht vielleicht beitragenden Modificationen:

A. Primäre Psychopathieen:

1. Partielle Psychosen (Kahlbaum),
   a) Erkrankungen im Gebiete des Gefühls (Dysthymie),
   b) Erkrankungen im Gebiete des Denkens (Paranoia).
2. Totale Psychosen (Kahlbaum),
   a) Vesania typica,
   b) die allgemeine Paralyse,
   c) das Spannungs-Irresein, die Katatonie.

B. Secundäre Psychopathieen:

1. secundäre durch die Pathogenese; Seelenstörungen können reflectorisch oder consensuell durch Erkrankung peripherischer Körpertheile erregt werden;
2. secundäre durch die Biogenese. Durch anthropologische Entwicklungsphasen oder biogenetische Gesammtzustände können Seelenkrankheiten entstehen.

Diese Kahlbaum'schen Anschauungen wollen wir näher beleuchten.

1. Partielle (einfache) Psychosen. Unter partiellen Psychosen versteht obiger Autor Theil-Affectionen der Einheit der psychischen Functionen.

Es wäre vielleicht richtiger, statt von einer Partialität von einer Einfachheit der Form resp. der Symptome im Vergleich zu den chamäleonartigen Bildern der Paraphrenieen (totalen = zusammengesetzten Psychosen) zu sprechen.

Man könnte hier mit Recht mir erwidern, dass das Seelenleben ein einheitliches Ganze bildet, welches untheilbar ist. Jedoch wenn wir schon einmal von einzelnen Seelenthätigkeiten sprechen wollen, wenn wir das ganze seelische Leben in die drei Gruppen des Vorstellens, Fühlens und Wollens eintheilen, so können wir uns auch nicht der Ansicht verschliessen, dass jede dieser geistigen Thätigkeiten event. auch für sich und ohne die anderen erkranken kann.

Für die Sphären des Fühlens und Vorstellens ist mir eine derartige Aufstellung auch gelungen, dagegen war es mir nicht möglich, eine isolirte Störung der Willenssphäre aufzustellen: nach der Griesinger'schen Lehre über den Willen als Reflex der übrigen cerebralen Vorgänge kann man vielleicht gewisse Abnormitäten der Willenssphäre als solche Fälle ansehen, welche sich psychiatrisch als weiter nichts zeigen, wie als Willenshemmungen und Zwangsacte. Es wäre möglich, diese parabulischen Zustände als Irreseinszustände zu betrachten, die sich nach der Ansicht Anderer aus Zwangsvorstellungen herausbilden, als Parabulieen. Es sei hierbei gleich bemerkt, dass die Aufstellung der Störung des Willens durchaus nichts mit den Monomanieen der alten Schule gemein hat. Bei der Lehre über die letzteren handelte es sich darum, dass eine fixe Idee, eine bestimmte Triebregung und Aeusserung als eine isolirte cerebrale Erkrankung angesehen wurde, während nach unserer Lehre eine der drei Geistesfunctionen als isolirt erkrankt gedacht wird.

Kahlbaum rechnet unter die reinen Störungen des Willens gewisse Handlungen hereditär belasteter Individuen (Diastrephie — Kahlbaum, vgl. Gruppirung der psychischen Krankheiten etc. Danzig 1863). Keineswegs darf man eine derartige reine Willensstörung als eine Psychose ansehen, sondern man muss sie als eine transitorische, in Remissionen und Exacerbationen sich ablösende Willensalteration betrachten. Der *Νοῦς* bleibt stets intact.

Es hat diese Betrachtung nur den Zweck, die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt hinzuleiten. Vielleicht lässt sich mit Zuhülfenahme reichlichen Materials aus dem nur roh behauenen Blocke ein klares scharfes Bild herausarbeiten. Meine Ansicht darüber vgl. Paraphren. hereditaria.

§. 244.

Es ist auffallend, dass die von Esquirol, Zeller und Griesinger übernommenen Kahlbaum'schen Lehren nicht allgemein Anerkennung gefunden haben, zumal die in ihnen vertretene Erkenntniss, dass die psychischen Erscheinungen in den partiellen, einfachen Formen gleichbleibenden Charakter haben und in den Formen der totalen Erkrankung mit einander nach bestimmten Combinationen wechseln, allgemein verbreitet ist.

So sagt schon Verfasser dieses Werkes (p. 212 der 4. Auflage): Zwei grosse Gruppen psychisch-anomaler Grundzustände ergeben sich aus der Analyse der Beobachtungen als die beiden wesentlichsten Verschiedenheiten des Irreseins. Einmal nämlich beruht dasselbe auf dem krankhaften Entstehen, Herrschen, Fixirtbleiben von Affecten und affectartigen Zuständen, unter deren Einfluss das ganze psychische Leben die der Art des Affects adäquaten Modificationen erleidet. Das andere Mal besteht das Irresein in Störungen des Vorstellens, Fühlens und Wollens, die nicht von dem Herrschen eines affectartigen Zustandes herrühren, sondern ohne tiefere Gemüthserregtheit ein selbstständiges, beruhigtes falsches Denken und Wollen (meist mit dem herrschenden Charakter psychischer Schwäche) darstellen. Die Beobachtung ergiebt nun weiter, dass die Zustände, die in der ersten Hauptgruppe enthalten sind, in der ausserordentlichen Mehrzahl der Fälle den Zuständen der zweiten Reihe vorangehen, dass die letzteren gewöhnlich nur als Folgen und Ausgänge der ersteren bei nicht geheilter Gehirnkrankheit auftreten. Es zeigt sich ferner innerhalb der ersten Gruppe, bei einer grösseren Durchschnittsbetrachtung, wieder eine gewisse bestimmte Aufeinanderfolge der einzelnen Arten affectartiger Zustände, und so ergiebt sich eine Betrachtungsweise des Irreseins, welche in dessen verschiedenen Formen verschiedene Stadien eines Krankheitsprocesses erkennt, welcher zwar durch die mannigfaltigsten, intercurrirenden pathologischen Ereignisse modificirt, unterbrochen, umgeändert werden kann, im Ganzen aber einen steten successiven Verlauf einhält, der bis zum gänzlichen Zerfall des psychischen Lebens gehen kann.

Mittelst dieser — von Zeller (Zweiter Bericht etc. Med. Correspondenzbl. Juli 1840) am deutlichsten ausgesprochenen — Erkenntniss ist es möglich, von dem Wege der Symptomatologie her auch den, immer in den Vordergrund zu stellenden Aufgaben der anatomisch-pathologischen Auffassung und Diagnostik der Geisteskrankheiten näher als bisher zu rücken. Denn die pathologische Anatomie zeigt, dass in der ersten Gruppe oder den ersten Stadien selten sich bedeutende palpable Veränderungen, oder doch nur solche finden, welche einer gänzlichen Rückbildung fähig sind; dass dagegen in der zweiten Gruppe oder den Endstadien sehr oft palpable und keiner Heilung fähige Veränderungen, namentlich mehr oder weniger Gehirnatrophie mit Oedem der Gehirnhäute und chronischem Hydrocephalus vorhanden sind. Man kann also sagen, dass die ihrer Art nach sicher nicht immer identischen Processe am Gehirn, welche den ersten Stadien zu Grunde liegen, und welche wir bis jetzt anatomisch nicht allgemein charakterisiren können, das Gemeinsame haben, dass sie in sehr vielen Fällen mit den bezeichneten Consecutivveränderungen am Gehirn, mit einem Stadium stationärer anatomischer Veränderungen endigen. So treffen endlich der einfach symptomatologische, der psychologisch-analytische und der anatomische Weg der Untersuchung auch in dem praktisch-bedeutsamen Resultate zusammen, dass das Irresein fast nur innerhalb jener ersten Gruppe primitiver (affectartiger) geistiger Anomalieen eine heilbare, mit der Ausbildung der der zweiten Reihe angehörigen, secundären Störungen aber eine unheilbare Krankheit ist.

Derselbe Autor kennzeichnet schon den Unterschied zwischen den einfachen und den totalen Psychosen, indem er den Wahnsinn, der in der Hyperthymie selbstständig, episodisch erscheint und ohne alle paralytischen Erscheinungen oft in Genesung endigt, von dem Wahnsinn, welcher das erste Stadium der Fälle, die mit Paralyse und Blödsinn endigen, scheidet, weil „das wahnsinnige Delirium der Paralytiker etwas eigenes hat, nämlich den frühe sich einmischenden Schwächecharakter.“ (4. Aufl. p. 307.)

Bei Westphal (Psychiatrie und psychiatr. Unterricht, Rede etc. Berlin 1880) findet sich die Bemerkung: „Die weitere Erfahrung lehrt den klinischen Beobachter, dass gewisse psychische Erscheinungen in derselben Combination, in derselben Reihenfolge stets wiederkehren, dieselbe Entwicklung zeigen, und so bildet er lediglich auf Grund der Erfahrung gewisse Krankheitsgruppen, charakterisirt durch gemeinsame psychische Symptome.“

Für die Kahlbaum'schen Ideen und Theorieen trat Tamburini voll und ganz ein und bestätigte sie exact an drei ausführlich mitgetheilten Fällen (vgl. „Ueber Katatonie.“ Vorläufige Mittheilung von August Tamburini auf dem 5. in Siena 1886 abgehaltenen Congresse). Es heisst in der Fränkel-Cionini'schen Uebersetzung p. 125: „Was wir gewöhnlich als Melancholie, als Manie, als Stupor, als Demenz diagnosticiren, würde dann nur augenblickliche Zustände darstellen, die wir als Wesen der Erkrankung ansehen, während sie nur einfach zeitliche Phasen derselben sind.“

Ganz übereinstimmend damit sind die Ausführungen Koeppen's (Archiv für Psychiatrie 1889 Bd. 20 Heft 3 p. 869 u. 870).

Er führt Fälle an, in denen das Delirium die Manie und Melancholie complicirt oder den Höhepunkt im Verlauf einer Psychose bildet. Eine Patientin wurde nach anfänglicher Hypomanie immer verwirrter und benommener und ging endlich im Deliriumszustande unter allgemeinem Körperverfall zu Grunde. Eine andere Patientin war zu Hause melancholisch, kam als Manie in die Klinik, wurde immer unzugänglicher und benommener, und bekam im Zustande eines acuten Deliriums schwere Collapse. Koeppen kommt dann zu dem Schluss: „Gegenüber der Manie, Melancholie und der Verrücktheit ist das Delirium eine Allgemeinerkrankung der ganzen Psyche.“

Diese Zusammenstellung wäre mit Leichtigkeit weiterzuführen und zu vervollständigen.

In Consequenz dieser Anschauungen und Anregungen habe ich es unternommen, die Paraphrenia alternans seu complexa (vgl. unten) als einen Schulfall zu beschreiben, nach dessen Paradigma, wenn auch häufig in buntem Wechsel in der Reihenfolge die grosse Mehrzahl der totalen Psychosen verläuft.

§. 245.

Es kommt mir nicht darauf an, neue Beschreibungen der von den Autoren genugsam charakterisirten Psychosen zu geben, sondern ich möchte vielmehr fördernd auf die Diagnostik wirken, dass die psychischen Krankheiten nicht nach den wechselnden Krankheitssymptomen und -Stadien, sondern nach ihrem charakteristischen Verlauf, als partiell-einfache oder totale abgegrenzt und bestimmt werden.

Die unter den Begriffen der Intoxikationspsychosen, Psychoneurosen und Biopathieen zusammengefassten Geisteskrankheiten sind durch derartige Eigenheiten charakterisirt, dass ihre Sonderstellung nicht nur keiner Rechtfertigung bedarf, sondern vielmehr allgemein üblich ist.

Daher würden fallen unter:

I. Partielle Psychosen.

A. von den Parathymieen (Störungen des Gefühls und Gemüths):

I. Nach der depressiven Seite hin: die Dysthymie, d. i. eine „partielle Psychose mit gleichbleibendem Symptomen-Charakter und constantem Verlauf. Alle krankhaften Erscheinungen können aus dem gestörten Fühlen abgeleitet werden“ (Kahlbaum). Eine Dysthymie wird aber häufig auch parabulische (abulische und dysbulische)[1]) und paranoëtische Zustände (Verwirrtheit, psychomotorische Hemmung) zeigen, und dadurch den Anschein erwecken, als ob sie zu einer totalen Psychose würde. Jedoch sind derartige Störungen in der Dysthymie meistens nur episodisch (vgl. auch Meynert). Bei der Enge des Raumes und bei der vielseitigen associativen Verknüpfung der verschiedenen Provinzen des Cerebrum unter einander muss es bei heftigen Shocks der einen Region zum Anläuten benachbarter kommen. **Der Schwerpunkt liegt auf der Primäraffection.**

Nach dieser Definition der Dysthymie fallen unter diese Rubrik die gebräuchlichen Namen, wie

1. Die Melancholie:
   a) Mel. simpl. sine delirio,
   b) „ praecordialis,
   c) „ hallucinatoria,
   d) „ religiosa,
   e) „ daemonomaniaca,
   f) „ hypochondriaca-syphilidophobica,
   g) die Mel. im engeren Sinne.

Mir ist oft, wenn ich obige Ansichten mit Fachcollegen besprach, gewissermaassen der Vorwurf gemacht worden: Warum denn immer noch die schon sehr reichliche Nomenclatur durch „Ausgraben“ alter Bezeichnungen und durch Neubildung von

---

[1]) Darunter verstehe ich Willenslosigkeiten mit Unlustgefühlen verbunden.

Termini technici vermehren wollen! Dem gegenüber möchte ich doch die Frage beantwortet wissen, wie man denn verschiedene Krankheiten, verschiedene Ausdrucksweisen der Psyche mit denselben Bezeichnungen belegen kann! Ist etwa kein Unterschied zwischen derVerwirrtheit auf Grund erregender cerebraler Vorgänge und derjenigen, welche durch demente Zustände verursacht wird? Beides bezeichnet man mit Verwirrtheit, und wie verschieden ist die Genese beider Zustände! Ist eine psychische Depression, welche weiter nichts ist und nichts wird als Depression (Dysthymie), nicht etwas ganz anderes als eine Verstimmung, die nur der Vorbote einer zum intellectuellen Bankerott führenden Psychose (z. B. Paralyse der Irren) ist?

2. Die eigentliche Hypochondrie. Melaena silens (Kahlbaum), Melanthymie (Wernicke).

II. Nach der expansiven Seite hin: die Hyperthymie. Ich verstehe darunter eine bis zum Affect gesteigerte Euphorie. Alle krankhaften Erscheinungen lassen sich aus dem pathologisch gesteigerten Wohlbefinden herleiten (maniakalische Exaltation). Auf ihrem Höhepunkt wird sie ebenfalls Parabulieen (Hyperbulieen) und vielleicht auch Paranoësieen (Perturbation), aber auch nur vorübergehend zeigen.

B. von den Paranoësieen (Störungen des Intellects):

1. Die Paranoia (partielle Verrücktheit) d. i. eine partielle Psychose mit gleichbleibendem Symptomencharakter und constantem Verlauf. „Das intellectuelle Leben ist nur nach der inhaltlichen Seite gestört, dagegen scheinen Urtheils- und Schlussbildung, Besonnenheit und Logik bewahrt (Schonung des intellectuellen Lebens nach der formalen Seite hin)“ (Kahlbaum).

Dieser Ansicht Kahlbaum's möchte ich auf Grund klinischer Beobachtung nicht ganz beistimmen; es giebt eine grosse Anzahl von Verrückten, welche neben systematisirten Wahnideen typischen Schwachsinn zeigen. Bei allen diesen lassen anamnestische Bemerkungen wie: „Die Kinder zeigten excentrisches Benehmen, waren launenhaft, hin und wieder erregt, pietätlos und ungezogen“ die idiotische Anlage des Geisteslebens nicht verkennen. Daher möchte ich folgenden Schluss ziehen: Entwickelt sich die veranlagte Paranoia auf einem sonst intacten psychischen Boden, so geht sie nicht in Schwachsinn über; aber es giebt zahlreiche Fälle, in denen sich das paranoïsche Wahnsystem bereits auf dem Grunde eines originären Schwachsinns entwickelt.

Unter diesen Begriff fallen:

a) Folie raisonnante,
b) acuter typischer Wahnsinn,
c) chron. „ „
d) typisch erworbene Paranoia,
e) P. querulans,
f) P. religiosa,
g) P. erotica.

2. Die Hallucinose (Paraphantie — Kahlbaum). Sie ist eine partielle, auf das sensorische Gebiet beschränkte Störung. Das intellectuelle Leben ist bei der herrschenden Trübung des Bewusstseins nach der formalen und inhaltlichen Seite hin gestört. Durch die massenhaft auf

das Individuum einstürmenden Sinnestäuschungen auf allen Gebieten kommt es zur Alteration der Schlussbildung, Besonnenheit und Logik. Dieser Zustand bildet sich aber erst aus dem primären heraus.

II. Totale Psychosen.

Dies sind constitutionelle Seelenstörungen, sie können primär und secundär einsetzen.

Wenn man die klinische Verlaufsweise einer Anzahl Psychosen (cyklisches Irresein, progressive Paralyse, Katatonie etc.) betrachtet, so wird einem im Gegensatz zu den partiellen Psychosen auffallen, dass dieselben nicht einen gleichbleibenden Symptomen-Charakter und constanten Verlauf wie diese zeigen, sondern entweder durch alle die Zustandsformen: 1) Melancholie, 2) Manie, 3) Perturbation, 4) Attonität, 5) Demenz hindurchlaufen, oder doch durch mindestens zwei derselben. Ebenso ist der Ausgang der totalen Psychosen ein anderer wie der der partiellen; in Heilung gehen sie in erheblich geringerer Zahl und nur dann über, wenn sie die ersten Stadien nicht überschreiten. Dagegen enden sie am häufigsten in Heilungen mit Defect oder in unheilbaren terminalen Zuständen, welche sich in secundärer Demenz mit oder ohne paranoïsche Züge äussern. Aus diesem Grunde ist man berechtigt, für die ganze Gruppe der totalen Seelenstörungen eine zusammenfassende Bezeichnung, nämlich: Paraphrenia alternans s. complexa zu wählen.

Diese Gruppe würde ungefähr der Arndt'schen Ausführung über die Entwicklung der Psychosen entsprechen. Ich möchte der Aufstellung des Verlaufs und Ausgangs der Total-Psychosen dieses Autors nur bedingungsweise beipflichten, weil Arndt damit nur einen Theil der psychischen Alienationen umfasst, cf. Lehrbuch p. 249s.

Es sei hierbei gleich bemerkt, dass der Ausdruck Paraphrenia alternans s. complexa nur behufs der leichteren Orientirung und sicheren Stellung der Diagnose und Prognose gewählt worden ist. Im Gegensatz zu Kahlbaum,[1]) welcher mit Vesania typica eine bestimmte Psychose meint, verstehe ich darunter nur einen Schulfall einer complexen Psychose, nach dessen Schema die unter diesem Sammelnamen einbegriffenen Seelenstörungen mehr oder weniger verlaufen; ausser demsollen die Adjectiva alternans s. complexa auf das Charakteristische der totalen Psychosen aufmerksam machen, nämlich, dass die Zustandsformen wechseln und in einander übergehen, und dass die psychische Alienation das ganze Gebiet der seelischen Vorgänge umfasst.

---

[1]) Nach einer mündlichen Mittheilung Kahlbaum's hat dieser Autor in Allenberg eine grosse Anzahl von Vesaniae typicae beobachtet, während es ihm in der Görlitzer Anstalt kaum jemals möglich gewesen ist.

§. 246.

Demnach erscheint mir vom praktischen und wissenschaftlichen Standpunkte aus vielleicht folgende Eintheilung die geeignetste:

A. Psychosen.

I. Einfache, partielle Psychosen:
  1. Parathymieen = Störungen der Gefühlssphäre.
    a) Dysthymie. (Melancholia simplex — einfache Melancholie).
    b) Hyperthymie. (Maniakalische Exaltation — einfache Manie.)
  2. Paranoësieen = Störungen des Intellects.
    a) Paranoia (primär veranlagte, classische, originäre — Sander). Störung des Denkens.
    b) Hallucinose (Paraphantie — acute hallucinatorische Verwirrtheit). Störung im Denkprocess durch Alteration der sensorischen Sphäre.
  3. Parabulieen = Störungen des Willens.
    Dysbulie.[1])

II. Zusammengesetzte, totale Psychosen:
  1. Paraphrenia alternans s. complexa (Vesania typica):
    a) Paraphrenia paralytica progressiva, (allg. Paralyse der Irren)
    b) „ katatonica, (Katatonie)
    c) „ hereditaria, (hereditäres Irresein)
      1) Paraphrenia transitoria, (transitorisches Irresein)
      2) „ periodica, (periodisches Irresein)
      3) „ cyclica. (cyclisches Irresein)
  2. Reflex- und Consensual-Psychosen:
    a) Vesania periodica secundaria,
    b) „ menstrualis.
    c) „ graviditatis.
    d) „ lactationis,
    e) „ traumatica,
    f) „ neuralgica,
    g) „ epileptica. (Epilepsie.)

B. Irreseinszustände, welche durch die Einführung a) chemischer, b) organischer Gifte hervorgerufen werden:

  a) Intoxikationspychosen:
    1. Vesania ex Morphinismo,
    2. „ „ Cocaïnismo,
    3. „ „ Alkoholismo,
    4. „ „ Saturnismo.

---

[1]) Cf. Paraphrenia hereditaria (Irresein aus Zwangsvorstellungen).

b) Infectionspsychosen:
1. Vesania puerperalis,
2. Lues cerebralis,
3. Delirium acutum,
4. „ asthenicum.
5. Paraphr. paralytica progr.? cf. A. II. 1. a).

C. Psycho-Neurosen.

1. Hysteria,
2. Neurasthenia (Hypochondria).

D. Anhang: Biopathieen.

1. Psychosen des Kindesalters,
2. Idiotie und Cretinismus,
3. Jugendirresein,
4. Irresein im Klimakterium,
5. Dementia senilis.

ERSTE ABTHEILUNG.

Psychosen.

Erster Theil.

Einfache, partielle Psychosen.

ERSTER ABSCHNITT.

Parathymieen.

ERSTES CAPITEL.

Dysthymie.[1]

Einleitung.

§. 247.

Der Mangel an psychischer Function, die geistige Unbeschäftigtheit erzeugt psychologisch eine gebundene Stimmung. Die dysthymischen und hyperthymischen Zustände sind pathologische Fälle von Hemmung und Steigerung functioneller Blutcirculation (Meynert). Aber keineswegs entspricht der Hyperthymie Hirnanämie, es kann sich eher Stauungshyperämie im anatomischen Hirnzustande ergeben, andrerseits

[1] Cf. Thomas: Acute mania and melancholia as sequelal of gynecological operations (Med. News. Philadelphia 1889). — Mendel: Klinische Beiträge zur Melancholie. 1889. — Bettencourt: Einfluss der Erscheinungen der Auto-Intoxikation und der Erweiterung des Magens auf die Entstehung der depressiven und melancho-

unterliegt es keinem Zweifel, dass ein noch so schwerer Zustand an Gehirnen ablaufen kann, die sich hinterher bei der Autopsie von gesunden nicht unterscheiden.

Die Dysthymie ist eine eingeengtere Symptomengruppe, sie ist eine aus vollkommen gesetzmässigen Symptomen zusammengesetze Psychose cf. Einleitung. Bezüglich der Intensität aber zeigt sie breite Abstände. Die Kenntniss dieser Thatsache ist für die Prognose von grosser Wichtigkeit.

Den Gegensatz zur Dysthymie bildet wiederum ein ganz bestimmtes Krankheitsbild, die maniakalische Erregung (heitere Verstimmung), Hyperthymie. Es ist damit ein rascher Ablauf vielfacher, werthloser Gedankenverbindungen verknüpft. Der Mensch ist geistig gehoben, gedankenreich; damit verbindet sich eine gewisse subjective Auffassungsweise, nämlich der Grössenwahn. Dieser heiteren Verstimmung steht die traurige gegenüber, sie bildet das Hauptsymptom der Dysthymie; bei derselben haben wir im Gegensatz zu dem Wechsel der functionellen Productivität, wie er bei der Hyperthymie besteht, eine Hemmung, einen Mangel an Wechsel, eine Art Stupor in den Bewegungen. Mit dem Grössenwahn contrastrirt der Kleinheitswahn, und das Delirium des Kleinheitswahnes ist das Selbstanklage-Delirium, (Meynert.) Die traurige Verstimmung ist eine Gewissensangst im Gegensatz zu der Angst des Verfolgungswahns. Durch die enorme Einschränkung des „Ich" kommt es zu keinem Verfolgungswahn bei der Dysthymie (id.). Die Stimmung eines Dysthymikers ist die eines Verbrechers, aber der Schluss wird umgekehrt gemacht; aus der traurigen Verstimmung heraus schliesst der Kranke auf Thatsachen und klagt sich eines Verbrechens an.

Wie bei der heiteren Verstimmung infolge der functionellen Hyperämie des Gehirns ein Glücksgefühl in körperlicher und geistiger Beziehung vorherrscht, so sind die peinlichen Gefühle als Folge des Mangels an Hyperämie zu erklären. Dies wird durch die Wirkung des Amylnitrit bewiesen, das manche Dysthymiker für ein Mittel zum Lustigwerden erklären. In den Heilungsstadien der Hyperthymie kommt es vor, dass der

lischen Geisteszustände. — Dinter: Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserysipels auf bestehende Melancholie. — Ziehen: Ueber Lähmungserscheinungen bei einfachen Psychosen insbesondere Melancholie. — Marcus: Ueber einige Besonderheiten in Erscheinungen und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenischen. — v. Krafft-Ebing: Melancholie. Eine klinische Studie. — Ders.: Psychiatrie p. 326sq. — Ders.: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie p. 83—109. — Casper-Liman: Handbuch §§. 117 u. 119 Fall 208—214. — Meynert: Vorlesungen über Psychiatrie p. 1—32. — Schüle: Lehrbuch p. 21—75. — Salgó: Compendium p. 320—347. — Kraepelin: Psychiatrie p. 213—229. — Savage-Knecht: Geisteskrankheiten p. 183—247.

Kranke, auf Grund seiner Besonnenheit den Grössenwahn nicht äussert; dass nur die scheinbare Missstimmung, die Gereiztheit gegen Andere hervortritt, und hier könnte man event. die heitere mit der traurigen Verstimmung verwechseln. Unter den subcorticalen Reizerscheinungen spielt die Angst eine grosse Rolle, sie hat ein Analogon in der Dyspnoë. Diese Angst ist aber nicht mit dem corticalen Depressionsgefühle der Dysthymie zu verwechseln. (cf. Meynert l. c.)

I. Psycho-Pathologie.

§. 248.

Die psycho-pathologische Ausgestaltung der Dysthymie besteht aus der peripherischen Ausstrahlung — vom erkrankten Gehirn abwärts — erst über die vasomotorischen, dann über die spinalen sensiblen Nervengebiete (Schüle l. c.). Der physiologische Gang der Affectausbreitung ist folgender: motorisch von den Hemisphären abwärts zum Oculomotorius und Facialis, dann zur Stammmuskulatur; vasomotorisch und sensibel von den corticalen Vasomotoriusfeldern zum Vagus und über die spinale Rückensäule (Intercostalnerven und Splanchnicus).

Nach diesem Schema verläuft auch der pathologische depressive Affect, nur dass es durch die zu Grunde liegende somatische Störung meist schon vorher zu Sensibilitätsstörungen infolge von Reizung vom Centrum aus kommt. Meist sind es umschriebene Neuralgieen der Intercostalnerven, des Trigeminus und Occipitalis. Dazu treten viscerale Empfindungsstörungen im Gebiete der Herz-, Schlund- und Unterleibsnerven. Der bei Dysthymikern fast ausnahmslos bestehende „Praecordialdruck“ ist entweder Theil einer Vagus-Neurose, einer Intercostal-Neuralgie oder einer vasomotorischen Innervationsstörung des Herzens; meist wohl zu den ersten beiden Kategorieen gehörig. Die Klagen der Kranken über das drückende Gewissen beziehen sich auf solche Missempfindungen in der Herzgrube und entstehen aus einer Allegorisirung der daselbst gefühlten Parästhesie. Die beiden verbundenen Elemente — das centrale (die Wahnideen) und das peripherische (die erregte sensible Nervenbahn) rufen wechselseitig einander hervor und bilden so einen Circulus vitiosus. (Schüle.)

II. Aetiologie.

§. 249.

Bei den ätiologischen Momenten trennt man prädisponirende von den unmittelbar wirkenden Ursachen. Zu den ersteren gehört die Heredität. Gerade die dysthymische Anlage vererbt sich oft von Geschlecht auf Geschlecht, durch Generationen hindurch; äusserliche

Degenerationszeichen, wie hydrocephaler oder kleiner Schädel, welche näher in Beziehung zur angeborenen Imbecillität als zum Entstehen der Schwermuth stehen, werden die Vorhersage für Heilung zweifellos ungünstig machen.

Die Pubertät kommt als Ursache der Dysthymie besonders bei weiblichen Individuen (das Versiegen des Geschlechtslebens bei Frauen im Klimakterium mehr bei der Aetiologie der Verrücktheit) in Betracht. Zu den ursächlichen Momenten gehört die Gravidität (der Verstimmungszustand endet erst mit abgelaufenem Puerperium). Im Puerperium tritt die Hallucinose (cf. diese) häufiger als die traurige Verstimmung auf. Die protrahirte Lactation wirkt insoweit ursächlich, als sie ein schwächendes Moment ist und die Kräfte der Frauen consumirt. Tiefere Ernährungsanomalieen, chronische Anämieen und Blutverluste bei der Gravidität und im Puerperium sind nicht das Maassgebende bei Entstehung der Dysthymie, wenn sie auch in Rechnung gezogen werden müssen; ebenso die senile Involution insofern, als sie pathologische Veränderungen in den Athmungs- und Circulations-Organen, Absumptionen im Organismus und besonders in den Schädelknochen (Virchow) macht.

Die Dysthymie erscheint zuweilen äusserlich als die unmittelbare Fortsetzung objectiv begründeter schmerzlicher Affecte z. B. des Kummers, der Eifersucht; jedoch unterscheidet sie sich dann vom Seelenschmerz des Gesunden durch ihr Uebermaass und ihr aussergewöhnlich langes, von äusseren Einwirkungen unabhängiges Bestehen und durch die hinzutretenden anderweitigen Störungen. Ferner kann sie veranlasst sein durch kümmerliche Lebensverhältnisse, angestrengte geistige Arbeit, doch durch letztere nicht allein. In anderen Fällen entsteht die Dysthymie ohne alle psychischen Anlässe, am häufigsten aber aus solchen, welche nachweisbare Störungen in der Nerventhätigkeit und in der Ernährung veranlasst oder die ganze Constitution untergraben haben.

III. Allgemeine Symptomatologie.

§. 250.

Unter Dysthymie verstehe ich die partielle Erkrankung der Psyche, unter Melancholie das Initialstadium einer Paraphrenia alternans s. complexa, der totalen Erkrankung der Psyche. Die in diesem Buche durchgeführte Scheidung der Dysthymie als Krankheitsbild von der Melancholie als Zustandsform zeigt sich vorzüglich in folgendem wichtigen Moment für die Prognose, als nämlich bei allen Paraphrenieen, die nicht in Heilung übergehen, für den aufmerksamen Beobachter schon gleich von vornherein die aufsteigende

Nacht des Blödsinns sich durch Umdämmerung des seelischen Vermögens bei dem Kranken ankündigt. Die bereits im Anfang in kleinen Zügen zu bemerkende geistige Schwäche giebt dem ganzen Symptomencomplexe eine gewisse Abtönung.

Dysthymie ist also eine partielle Psychose mit gleichbleibendem Symptomen-Charakter und constantem Verlauf. Alle krankhaften Erscheinungen können aus dem gestörten Fühlen abgeleitet werden (Kahlbaum.)

Es fallen unter den Begriff Dysthymie: Melancholia simplex sine delirio; praecordialis, hallucinatoria, Melaena silens (Kahlbaum) Melanthymie (Wernicke) Melancholia torpida, dissimulatoria, misanthropica, moralis (Mendel), hypochondriaca, affectiva, errabunda und die Unterabtheilungen: religiosa, daemonomaniaca, etc.

Schüle giebt ein classisches Bild, indem er sagt: Die krankhafte Affection des Gemüths in der Richtung einer schmerzlichen Verstimmung in allen Graden, ist mit einer Hemmung des Vorstellungslebens, theils durch Uebermacht einer einzigen vom Schmerzaffect getragenen Gedankengruppe, theils durch eine allgemeine Hemmung des Denkprocesses, infolge schmerzlicher Hyperästhesie, verbunden. Vielfache Störungen auf der motorischen Seite des Seelenlebens schliessen sich dem an; bald ist das Streben direct herabgesetzt und geschwächt, bald krampfhaft gehemmt (Energielosigkeit, Willenlosigkeit), und diese motorische Gebundenheit kann durch erhöhten Druck in der Schädelhöhle gesteigert werden; bald treten einzelne Triebe und Willensimpulse auf, denen Stoff und Inhalt durch die negative Stimmung gegeben ist, bald endlich erregt ein höheres Maass des psychischen Schmerzes ausgebreitete, motorische Impulse von unzweckmässigem, convulsivischem Charakter, die sich als höchste Unruhe äussern.

Da nun der Seelenschmerz, die unmotivirte traurige Stimmung, auch als Symptom der verschiedensten Hirnerkrankungen (z. B. bei Paralyse) ferner bei schweren Neurosen des Gehirns und als Zeichen von Intoxikationen bei Alkoholismus etc. auftreten kann, so hat die Definition der Dysthymie als beschränkend hervorzuheben, dass die letztere eine primäre und, mit Rücksicht auf den bisher mangelnden pathologisch-anatomischen Befund, eine als functionell zu bezeichnende Hirnkrankheit ist.

Stets gehen mit diesem psychischen Zeichenverbande vasomotorische und trophische, namentlich auch sensible Störungen einher; letztere häufig infolge von Neuralgieen. Auch sensorische Affectionen, Illusionen und Hallucinationen können begleitend auftreten, aber dann immer mit episodischem Charakter; sie bleiben im Verhältniss bedeutungslos zur Stärke des krankhaften depressiven Affects, dessen Färbung sie tragen. (Meynert.) Eine Verminderung des Körpergewichts ist Regel (Schüle.)

Die Krankheit kann acut, subacut und chronisch (das heisst dann fasst stets in der Form der Transformation, (Katatonie, Paranoia) verlaufen, kann einmal oder in Recidiven, remittirend und auch in periodischer Wiederkehr auftreten.

IV. Specielle Symptomatologie.

A. Psychische Symptome.

§. 251.

1. Anomalieen der Stimmung. Nachdem längere oder kürzere Zeit ein Zustand geistigen Unbehagens und körperlicher Abgeschlagenheit mit unbestimmtem Uebelbefinden, oft mit hypochondrischer Verstimmung, Niedergeschlagenheit und Unruhe, manchmal mit der Empfindung der Gefahr, irre zu werden, vorausgegangen ist, wird immer mehr ein psychisch-schmerzhafter Zustand herrschend, welcher an sich andauert, aber noch durch jeden psychischen Eindruck von aussen verstärkt wird. Sobald die Kranken in Selbstanklagen ausbrechen und die Symptome trauriger Verstimmung deutlich hervortreten, wird der Charakter des Zustandes offenbar. Von diesem Augenblick ab ist stets Selbstmord zu befürchten, zu dem der psychische Druck den Dysthymiker treibt, auch wenn noch keine bedrohlichen Symptome vorhanden sind. Jedenfalls kann die Warnung nicht oft genug betont werden: **„Keinem Schwermüthigen trauen!“**

Unter den Anomalieen in der Sphäre des Gefühls ist die schmerzliche Verstimmung, dieser depressive negative Affect, erstes und Hauptsymptom. Dieses psychische Wehethun besteht für die Kranken selbst in einem Gefühl von tiefem geistigen Unwohlsein, von Unfähigkeit zum Handeln, von Unterdrückung aller Kraft, von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, kurz in einer totalen Herabstimmung des Selbstgefühls. Sobald dieser Zustand des Sensoriums einen gewissen Grad erreicht hat, ergeben sich aus ihm die wichtigsten und ausgedehntesten Folgen für das ganze Verhalten des Kranken.

Die Stimmung nimmt einen durchaus negativen Charakter (des Verabscheuens) an. Indem jeder, auch der leichteste und früher adäquateste Eindruck Schmerz erregt, können sich die Kranken über Nichts, auch über das Angenehmste nicht mehr freuen, sondern werden von Allem unangenehm afficirt und finden in Allem stets neue Motive des Schmerzes. Alles ist ihnen widerwärtig geworden, sie zeigen sich reizbar, ärgerlich, verstimmt durch jede Kleinigkeit und reagiren dagegen entweder mit steten Aeusserungen der Unzufriedenheit, oder, und dies ist der häufigere Fall, sie suchen jedem psychischen Eindrucke von

aussen zu entgehen, indem sie sich scheu aus der Gesellschaft der Menschen zurückziehen und völlig geschäftslos und müssig die Einsamkeit aufsuchen. Die Stimmung des allgemeinen Widerwillens und Negirens spricht sich meistens zunächst aus als Abneigung gegen die Umgebung, gegen Familie, Freunde, Angehörige, welche oft zu wahrem Hasse sich steigert, als eine totale, unangenehme Veränderung des Charakters.

Nicht selten findet sich in der Dysthymie ein Zustand des Sensoriums, wobei die Gegenstände der Aussenwelt, sofern sie durch die Sinneseindrücke zum Bewusstsein kommen, zwar richtig aufgefasst und unterschieden werden, aber einen von dem sonst gewohnten wesentlich veränderten Eindruck hervorbringen, von dem verständigere und gebildetere Kranke Rechenschaft geben. „Es scheint freilich,“ sagen solche Dysthymiker, „dass Alles um mich noch ebenso ist wie früher, aber es muss doch auch anders geworden sein; es hat noch die alten Formen, es sieht wohl Alles noch ebenso aus, aber es ist doch wieder mit Allem eine grosse Veränderung vor sich gegangen etc.“ Diese Verwechslung des subjectiv veränderten Verhältnisses des Kranken zur Welt mit deren objectivem Anderssein ist der Anfang eines Traumzustandes, in dessen höchsten Graden es dem Kranken zu Muthe ist, als sei die reale Welt ganz versunken, untergegangen oder ausgestorben, und nur eine Schein- und Schattenwelt übrig geblieben, in der er zur eigenen Qual fortzuexistiren habe.

Die Empfindung der veränderten eigenen Persönlichkeit, das Dunkle und Unklare der unbestimmten Gefühlsbelästigung ist Anfangs für den Kranken das Drückendste. Aber der Dysthymiker ist im letzten Grunde nicht deswegen unglücklich, sondern weil er fühlt, dass er in sich anders geworden ist und dass er sich aus seinem augenblicklich gebundenen Zustande nicht mehr zu befreien vermag. Wohl steht er zuweilen im Beginn durch das Geständniss, dass seine Furcht absurd, dass einzelne ängstliche Vorstellungen, die sich aufdrängen, falsch seien, eben mit dem Bewusstsein seines Zustandes innerlich über demselben, aber da er fühlt, wie es ihm unmöglich ist, anders zu fühlen, zu denken, zu handeln, wie er des Widerstandes unfähig, und dieser unnütz ist, so erhält er von dieser Ueberwältigung des Ich die Empfindung des Beherrschtwerdens, des widerstandslosen Hingegebenseins an fremdartige Einflüsse, dem später die Vorstellungen des Heimfalls an finstere Mächte, einer geheimen Leitung der Gedanken, des Besessenseins etc. entsprechen.

Häufig sind Gefühle von Beängstigung, welche vom Epigastrium und der Herzgegend auszugehen und nach oben zu steigen scheinen (Präcordialangst). Diese Angstgefühle steigern sich mitunter zu einem unerträglichen Zustand, einer Verzweiflung, welche dann meistens

in Tobsuchtsausbrüche übergeht. Ausserdem erscheinen diese Zustände äusserlich in mannigfacher Gestalt, je nach dem früheren Charakter des Kranken, nach den psychischen Ursachen, nach begleitenden körperlichen Anomalieen etc., bald unter der Mimik des Grams und Kummers, als stummer Trübsinn, in sich gekehrtes, finsteres, passives, verschlossenes Wesen, bald als laute Selbstanklage mit Weinen und höchster Unruhe, bald als krankhafter Eigensinn und hartnäckige Widerspenstigkeit, bald als gegen sich oder die Umgebung gerichteter Zerstörungstrieb.

Klagen und Weinen bis zu Stumpfsinn, Heulen, mitunter mit Schimpfen und blasphemischen Verwünschungen, sind der phonetische, angst- und schmerzgepresste Züge mit charakteristischer Furchung des Gesichts und der Stirn (das „melancholische Omega") der mimische, Händeringen und ruheloses Hin- und Herrennen, sich im Kreise Drehen, Ausraufen des Haares, sich Zerkratzen und Zähneklappern, plötzliches Zusammenschaudern, schnappende Mundbewegungen, Schnalzen der Zunge, automatisches Reiben am Körper, Drehen der Finger der reflectorische Ausdruck des depressiven Affectes (Schüle l. c. p. 23). Oft erfolgen diese Bewegungen stossweise und rhythmisch, lassen sich durch den besten Willen nicht mässigen; am ehesten sind die Kranken durch Veranlassen zum Sitzen zu beschwichtigen.

Im Gegensatz zu diesem unruhigen, erregten Zustande stehen diejenigen Dysthymiker, welche weder den lebhaft nach aussen bethätigten, noch den in sich vergrabenen stillen Affect zeigen. Dafür aber klingt das krankhafte Weh in einer Resignation wieder, welche, ohne apathisch zu sein, mit der Hoffnung und auch mit jedem Anspruch auf's Leben abgeschlossen hat: „Sie sind und bleiben die Verlorenen." Sie sehen sich (auf hypochondrischer Basis) abmagern; daraus folgern sie beginnende Schwindsucht und rechnen auf dieser für sie felsenfesten Diagnose mit ihrer Zukunft ab. Eine andere Aeusserung ihrer depressiven Stimmung besteht in der nicht zu erschütternden Ueberzeugung, dass ihr Leben und Streben umsonst gewesen sei; sie beruhigen ihre Selbstvorwürfe in einer pessimistischen Vor- und Rückschau, in welcher namentlich alle ihnen erwiesene Fürsorge verkehrt und nutzlos erscheint. Unbarmherzig gegen sich, sind sie es nicht minder gegen ihre Angehörigen. Keine Thräne, keine Bitte vermag sie zu rühren; sie bleiben energielos und bringen oft Wochen lang im Bette zu, indem sie höchstens dadurch, dass sie ihre Vorwürfe und Resignationsphilosophie sich und Anderen vorerzählen, zum Disput reizen, welcher ihnen allein Genuss und momentane Befriedigung gewährt.

Bei Frauen treten im Verlaufe der dysthymischen Depression häufig intercurrente Zustände perverser heiterer Verstimmung mit einem hyperthymisch-erotischen Verhalten auf.

Die Vorstellungen traurigen Inhalts werden bald stärker und intensiver; besonders die Wahnidee gänzlicher Verarmung, welche besonders häufig bei älteren Dysthymikern auftritt, führt zur Abstinenz (Nahrungsverweigerung) und erneuten Selbstmordversuchen. Hemmung durch das Gefühl der Unfähigkeit, nicht der primäre Affectschmerz ist die Grundlage dieses, namentlich gern periodisch wiederkehrenden Gemüthszustandes. Hier bildet die äussere Ruhe sehr oft nur die täuschende Maske über einem, wenn auch torpiden, doch leicht entzündbaren, wirklichen Seelenschmerz, welcher sich nicht selten in einer gewaltsamen Reflex-Handlung convulsiv entladet oder andere Male langsamer sich zu activer Sphäre mit dem Wahn der Sündhaftigkeit oder des Verlassenseins von Gott heraufarbeitet. Unter diese Gruppe sind die Zustände völliger Gefühlslosigkeit zu rechnen; die Kranken fühlen sich wie todt: „Das Herz ist abgestorben, der Kopf ist wie ein Stein, das Innere zeigt vollkommene Leere, wie ein ausgeblasenes Thier.“ Sie wissen nicht mehr, dass sie auf der Welt sind; nichts rührt sie mehr, sie freuen und ärgern sich nicht mehr, ihr Schlaf ist Ohnmacht, ihre Träume sind schwebend: wenn sie weinen, sehen sie blos ihre Thränen, empfinden aber keinen Schmerz. Es ist dies eine wirkliche Anaesthesia psychica dolorosa (v. Krafft-Ebing l. c. p. 57), welche in dem Gefühl absoluter Leere und Oede im Gemüth untergeht. Dieses Gefühl ist tief schmerzlich.

Alle diese Veränderungen in der Stimmung der Dysthymischen sind im ersten Anfang meist objectlos und beruhen nicht auf einzelnen, bestimmten irrigen Vorstellungen; daher ist der Kranke im Beginn auch nicht fähig, Rechenschaft über den Grund seines Affects zu geben. Die schmerzliche Verstimmung ist eine allgemeine, unmotivirte, unveräusserliche. „Ich fürchte mich.“ — Warum? — „Ich weiss es nicht, aber ich fürchte mich“ (Esquirol). So sprechen solche Kranke und es lässt sich damit gleich erwarten, was die Beobachtung vollkommen bestätigt, wie Zuspruch, Zärtlichkeit, Raisonnement keinen Einfluss auf den durch die Gehirnkrankheit gesetzten depressiven Affect haben können, und wie die Vorstellungen, welche aus diesem Affect heraus entstehen, eine innere subjective Begründung und damit einen Charakter von Unwiderleglichkeit haben müssen, der sie für Vernunftgründe unzugänglich macht und höchstens den Wechsel einer traurigen Vorstellung mit einer anderen gestattet.

§. 252.

2. Anomalieen des Vorstellens. Die schmerzliche Concentration unterdrückt die Lebhaftigkeit und den gesunden Wechsel des Vorstellens. Wenige Gedanken beschäftigen den Kranken anhaltend, und er äussert fast nur monotone Klagen über sich selbst, über die

mit ihm vorgegangene Veränderung, über einzelne Ereignisse aus der Zeit der beginnenden Erkrankung etc. Die Neigung zu geistiger Mittheilung ist meist sehr vermindert; der Kranke verstummt oft vollständig, oder seine Rede wird schüchtern, stockend, leise, abgebrochen. Aber trotz der ausserordentlichen Monotonie des ganzen geistigen Lebens empfindet der Kranke nie Langeweile.

Einen wesentlichen Charakter haben eben alle diese dysthymischen Delirien, den der Passivität, des Leidens, des Beherrscht- und Ueberwältigtwerdens. Je nach der Bildung, dem Zeitalter etc. wird der Inhalt der Wahnidee ein verschiedener sein, finden sich doch überall bei den Menschen die gleichen Sorgen und Befürchtungen. Dasselbe Gefühl des Sichselbstverlorenhabens, des Hingegebenseins an fremdartige, bizarre Empfindungen und Vorstellungen, das in dem abergläubischen Bauer die Vorstellung des Behextseins erweckt, kann beim Gebildeteren z. B. die Idee hervorrufen, unter geheimen Einflüssen anderer Menschen, unter Beeinträchtigungen durch Elektricität, Magnetismus, Chemie etc. zu leiden. Dem Einen ist es, als seien seine liebsten Güter, Kinder, Verwandte oder sein Vermögen für ihn zu Grunde gegangen; er glaubt es und fürchtet nun mit seiner ganzen Familie aus vollständigem Mangel verhungern zu müssen. Ein Anderer hält sich für ruinirt in seinen Geschäften, für abgesetzt in seinem Amte, für verwickelt in die schwersten Criminal-Untersuchungen, klagt sich an, seine Familie an den Bettelstab gebracht, dem Elend preisgegeben zu haben etc. Ein anderes Mal ist es dem Kranken, wenn er so die Umwandlung seiner ganzen Empfindungsweise und die Unmöglichkeit fühlt, das gewohnte Maass humanen Antheils an der Welt und menschlicher Beschäftigung festzuhalten, als könne er selbst gar kein Mensch mehr sein, als müsse er zum Thier geworden, ja in ein Thier verwandelt sein. Wie der Wechsel der Lebensanschauungen und der Sitten überhaupt dem Irresein verschiedene Ausdrücke und Färbungen giebt, während die Empfindungsweisen an sich natürlich immer dieselben sind, und die allgemeinen Beziehungen der Liebe, der Familien-Anhänglichkeit, der Freundschaft etc. für alle Zeitalter als gleichbedeutende Stoffe der Gemüthsinteressen bestehen bleiben, so hat auch das Delirium der Dysthymischen zu verschiedenen Zeiten verschiedene Ausdrücke gehabt. Es sind aber immer dieselben Grundstörungen der Selbstempfindung, ob der Schwermüthige im Alterthume die Furcht äusserte, Atlas möchte, seiner Last müde, das Himmelsgewölbe herunterfallen lassen, ob er im Mittelalter mit Hexen, Gespenstern und Währwölfen zu thun hatte, ob er in der Gegenwart sich vor der Polizei fürchtet oder sich mit dem Wahne grosser verunglückter Speculationen und beeinträchtigter Geldinteressen beschäftigen mag.

§. 253.

3. Die Angst in der Dysthymie. Der Affect der Angst bildet ein wichtiges Symptom dieser Krankheit. Die Angst kann anfallsweise in Form von blindem „Raptus melancholicus“ kommen oder aber langsam unter zunehmender Unruhe und Beklemmung sich steigern; sie kann Tage und Wochen des Kranken Gemüth foltern und wie ein Blitz aus heiterem Himmel einfallen, um nachher wieder einer gefassten Stimmung zu weichen; manchmal tritt sie typisch zu denselben Tageszeiten und -Stunden auf.

Dieser Zustand bewegt sich von dem offenen Ausdruck verzweifelten Zitterns und Bebens, mit verzerrten Zügen und blindem Reflexdrange, in langer Scala nach abwärts bis unter die mimische Maske einer täuschenden Harmlosigkeit, ja selbst einer absichtlichen coquettirender Spielerei, bei welcher das erzwungene Lächeln den schrecklichen inneren Ernst verdeckt. Nachts stellt sich Druck und Beklemmung in der Herzgegend, Gefühl des Zusammengeschnürtseins im Halse, dumpfe Bewegung im Kopfe etc. ein. Allerlei ängstliche Gedanken schiessen dem Patienten durch den Kopf und lassen ihn nicht schlafen. Schliesslich verlässt die Angst ihn auch am Tage nicht mehr, er wird nervös gereizt, unmotivirt heftig und hastig in seinem Wesen. Der Appetit schwindet, die Ernährung sinkt rasch. Der Patient kann nicht lange an einem Orte oder bei einer Beschäftigung aushalten, läuft auf und ab, setzt sich, steht wieder auf etc., alles in der Hoffnung, die schreckliche Unruhe bannen zu können. Keine Willensanstrengung, kein Zuspruch, keine Zerstreuung befreien den Kranken von seinem Zustande; am qualvollsten aber sind ihm stets die Nächte.

Bald gewinnt die Anfangs vage Angst bestimmte Formen. Der Patient fürchtet ein schreckliches Unglück, eine schwere Krankheit, die Strafe des Himmels; überall sieht er Gefahren und drohendes Verderben. Man kann auch hier an einen Erklärungsversuch denken, doch ist dies nicht ein bewusster logischer Process, vielmehr wird der besondere Inhalt der Vorstellungen einfach auf associativem Wege durch die Färbung des herrschenden Affects beeinflusst. Die Wahrnehmung und Auffassung der Aussenwelt wird in die krankhafte Störung mit hineingezogen. Gleichgültige zufällige Ereignisse gewinnen den Charakter des Unheimlichen und Gefahrdrohenden.

Manchmal bleibt die Entwicklung der Psychose auf diesem Punkte stehen. Wird bei grösserer Intensität der Angst jedoch der Einfluss derselben auf Denken und Handeln maassgebend, so nehmen die Vermuthungen den Charakter der Gewissheit an. Man will den Patienten ohne Zweifel überfallen; seine Seligkeit ist verloren; er hat seine Fa-

milie in Noth und Schande gebracht, ist politisch verdächtig etc. Der Kranke fürchtet sich vor den Menschen, vor der Gerechtigkeit Gottes, der Polizei etc., überhaupt vor allen, auch den harmlosesten Dingen, mit denen er in Berührung kommt (Pantophobie — Emminghaus).

§. 254.

4. Erregungszustände der Dysthymie. Die Erregungsphasen der Dysthymie spielen sich unter verzweifelter Unruhe mit monotonen Klagerufen und automatischen Bewegungen ab. Schreckhafte Hallucinationen oder lebhafte Neuralgieen bilden die Mittelglieder. Das Bewusstsein trübt sich allmählich. Die Kranken verkennen ihre Umgebung und assimiliren alle äusseren Eindrücke nur im Sinne ihrer ängstlichen Vorstellungen. Alle Fragen beantworten sie mit den stereotypen Ausrufen: Man solle sie begnadigen, fortschicken, umbringen, verbrennen etc. Diese Worte werden oft Stunden lang, immer lauter wiederholt, schliesslich werden nur noch unarticulirte Laute hervorgebracht. Die Kranken ringen die Hände, schlagen sich mit den Fäusten blutig, zerraufen sich das Haar und wälzen sich am Boden herum; schlagen sich mit der Faust vor die Stirn, zupfen sich die Nase, Lippen, Ohrläppchen blutig, zerreissen sich die Kleider, ja es kommt bis zum Ausreissen der Zunge, der Hoden, des Penis, Aufschlitzen des Bauches (vgl. §. 256). Jede Annäherung steigert nur die Aufregung. Der Drang nach Befreiung aus der imaginären Gefahr kann zu grässlichen Verstümmelungen, Selbstmord und Mord anderer Personen führen.

Der Schlaf ist regelmässig sehr gestört. Die Kranken können es nicht im Bett aushalten, wandern ruhelos umher, jammern und klagen die ganze Nacht, wecken ihre Nachbarn, kriechen zu ihnen ins Bett oder verstecken sich unter dasselbe und werden bei allen Beruhigungsversuchen nur noch aufgeregter.

Die höchsten Grade dieser Erregtheit hat man als „Furor melancholicus“ bezeichnet. Bei dieser schweren Form der Dysthymie ändert sich das Aussehen des Patienten. Die Ernährung ist gestört; Anfangs fehlt nur der Appetit, nachher tritt wirkliche Sitophobie hinzu, meist aus Furcht vor Vergiftungsversuchen oder auf Grund von Versündigungsideen. Infolge dessen sinkt das Körpergewicht rasch, die Verdauung ist alterirt, die Zunge belegt (Foetor ex ore), der Puls ist meist beschleunigt, die Temperatur normal, die Respiration beschleunigt, aber sehr oberflächlich. Regelmässig kann man trotz Intactheit des Herzens Geräusche in den grossen Halsvenen hören. Die Ausscheidungen sind in diesem Zustande vermehrt, der Kopf turgescirt, der Puls ist kräftig, beschleunigt, der Athem fliegend, die Haut wird

in der Krankheit welk, schmutzig livide, gedunsen, sogar fettschweissig und weist einen zunehmenden Anflug von Lanugo über dem Gesicht auf; ferner kommt es zu Desorganisation der Knorpel, Brüchigkeit der Knochen, Neigung zu Furunkeln, Phlegmonen, Prurigo. Die Patienten gehen oft trotz sorgfältigster Beaufsichtigung an Selbstmord zu Grunde oder sterben bei längerem Anhalten des Zustandes, trotz versuchter künstlicher Ernährung an Inanition.

Trotz aller etwaiger Beschleunigung im Ablauf der Vorstellungen ist das Delirium bei den Erregungsphasen der Dysthymie doch ein monotones, im Inhalte rein schmerzliches, im engen Kreise des Affects sich bewegendes, eine beständige Variation über dasselbe Thema. Dadurch wird der Gegensatz zum ideenflüchtigen Geplauder, zum weiteren Ausspinnen der falschen Vorstellungen der Hyperthymiker gegeben. Morel hat eine solche agitirte Form der Dysthymie als „Délire pantophobique des aliénés gémisseurs“ beschrieben (ein Seufzen nach verändertem Rhythmus); so habe ich eine Frau beobachtet, welche Wochen lang ohne Unterbrechung nur die Worte „Ach Gott“ seufzte (Katatonie?). Die Kranken müssen zur Befriedigung der einfachsten Lebensbedürfnisse angehalten werden.

§. 255.

5. Stadium hallucinatorium episodicum. Dieses Stadium enthält die krankhaften Abweichungen in der Association der Denkvorstellungen, die Delirien, die Wahnvorstellungen im engeren Sinne. Der Kranke deutet seiner Stimmung entsprechend wirkliche Thatsachen um, welche durch Visionen, Illusionen oder Hallucinationen seinem Denken und Empfinden unterbreitet werden. Am häufigsten und mannigfaltigsten sind die Hallucinationen in derjenigen schweren Form der Dysthymie, welche mit völligem Insichversunkensein und theilweisem Schwinden des Bewusstseins der Aussenwelt verbunden ist.

Die Wahnvorstellungen bewegen sich, was charakteristisch gerade für die Dysthymie ist, immer im engen Kreise. Das gemeinsame aller melancholischen Wahnideen ist die Motivirung durch eigene Schuld. Die Delirien haben gewöhnlich einen depressiven Inhalt, welcher sich entweder auf moralische Dinge (Melancholia moralis — Mendel, Mel. im engeren Sinne) oder auf den Zustand des eigenen Körpers richtet (Melancholia hypochondriaca — Mendel). Fast immer sind diese Delirien von den entsprechenden Sinnestäuschungen (Gehörstäuschungen) begleitet, welche den Kranken in eine ganz andere Welt versetzen können. Entsprechend dem Inhalte der Vorstellungen sind die Hallucinationen von beängstigender Natur. Besonders intensiv und gehäuft treten die Sinnestäuschungen in ängstlichen Erwartungsaffecten

auf. Auch im Geruchs- und Geschmackssinn kommen Hallucinationen ziemlich häufig vor; die letzteren, namentlich als widriger, metallischer Geschmack liegen oft dem Wahn, vergiftet oder durch eine gewisse Speise verhext worden zu sein, zu Grunde. Die subjectiven widrigen Gerüche erwecken die Vorstellung, von Leichnamen umgeben zu sein, selbst in Verwesung überzugehen.

Hallucinationen können keineswegs als ein stetiges Symptom der schwereren Form der Dysthymie angesehen werden, sondern da, wo sie auftreten, zeigen sie einen episodischen Charakter, sie erscheinen gewissermaassen, wenn der Ausdruck erlaubt ist, wie „aufgeklebt." Bilden sich die Wahnideen zu Systemen aus und bleiben sie systematisirt und dauernd, so hat man es nicht mehr mit einer Dysthymie zu thun.

Die intercurrenten acuten Wahnsinnsepisoden (Schüle) haben eine Bewusstseinsverdunkelung mit stupider Angst und gleich gestimmten Sinnestäuschungen resp. Illusionen gemeinsam. Die Kranken stürmen umher, schreien und drohen gewaltthätig zu werden. Dazwischen schieben sich Perioden reactionsloser Angst ein. Stürmische, unregelmässige Herzbewegung, Ungleichheit der Pupillen begleiten diese Episoden sehr häufig. Die Kranken haben massenhafte Sinnestäuschungen, die sich oft noch in den klareren Zustand hinüberziehen und ein gereiztes misstrauisches Wesen veranlassen. Die klimakterischen und senilen Depressionszustände nehmen oft den Charakter des Wahnsinns mit überwiegenden Illusionen an. Richtige und falsche Perceptionen, lucide und halbträumerische Phasen gehen dabei in einander über.

B. Somatische Störungen.

§. 256.

1. Sensibilitäts-, motorische und psychomotorische Störungen. Neben der psychischen Hyperästhesie läuft eine allgemeine somatische einher. Jede Bewegung thut dem Kranken weh, selbst die Kleider verursachen Brennen und Stechen, die ganz lose gebundenen Röcke drücken in den Hüften etc. Ebenso häufig besteht Hyperakusmie und Hyperopie. Wenn man einen Dysthymiker unerwartet anrührt, dann zuckt er zusammen (gesteigerte Reflexerregbarkeit); wiederholt man das Experiment, so bleibt er für die Folge unempfindlich.

In anderen Fällen haben die Patienten Schmerzemfindung; sie würden sie auch äussern, sind aber wegen der mangelnden Herrschaft über ihre motorischen Organe bei hochgradiger Spannung dazu nicht befähigt. Diese Art der Analgesie bezeichnet man wohl besser als Hysteria dysthymica, denn man beobachtet gerade bei den schweren Formen der Hysterie, die mit depressiven Zuständen verbunden sind,

die hochgradigste Gefühlslosigkeit. Ich kenne einen Hysterikus, der in einem Tentamen suicidii sich selbst mit einem an der Schneide mehrfach ausgebrochenen Rasirmesser derartige Schnitte beibrachte, dass über 100 Nähte angebracht werden mussten; ganze Fetzen Haut hatte er sich aus dem Bauch herausgeschnitten, den Hals durch 4—5 tiefe Schnitte, die von einem Processus mastoïdeus zum andern gingen, tief geöffnet, ebenso hatte er versucht, die Halswirbelsäule von hinten zu durchtrennen etc.

Auf der psycho-motorischen Seite des Seelenlebens entsteht durch die peinliche Steigerung des psychischen Schmerzes Trägheit, Vermeidung jeder Arbeit, Vernachlässigung der Dienstpflichten. Der Kranke hat kein Selbstvertrauen mehr, er verzichtet auf alles Streben. Der Fortfall aller Interessen wird am besten durch die Klage des Kranken charakterisirt, dass er „wollen" möchte und nicht könne. Infolge dessen beobachtet man ein immerwährendes Schwanken zwischen Antrieb und Verzicht; zum Schluss bildet sich eine complete Anenergie, Passivität aus.

Die Bewegungen der Dysthymischen tragen durchaus das Gepräge des herrschenden schmerzlichen Affects. Meistens sind sie träge, langsam, zögernd, unterdrückt, die Rede ist leise, der Kranke bleibt gern im Bett liegen, steht oder sitzt Tage lang zusammengesunken in einem Winkel, ohne von seiner Umgebung Notiz zu nehmen. (Oft ist die ganze Stellung und Haltung des Kranken starr, unbeweglich, bis zur statuenartigen Fixität. Die Züge sind wie aus Holz geschnitzt, Wochen lang unverändert. Die Glieder sind dabei entweder steif und leisten den Versuchen, ihnen eine andere Lage zu geben, ziemlichen Widerstand, oder sie sind biegsam, beweglich und behalten oft die ihnen gegebene Stellung bei (Katalepsie, Flexibilitas cerea). Die Gesichtsmuskeln sind oft in anhaltender einseitiger Contractur, die Züge unveränderlich, gespannt, die Stirn gerunzelt, die Mundwinkel herabgezogen; dies noch verbunden mit der meist grauen, lividen Hautfärbung, giebt den Dysthymischen fast immer ein älteres Aussehen. Der Blick ist oft zur Erde gesenkt, andere Male das Auge mit prominentem Bulbus starr geöffnet, mit dem Ausdruck des Schmerzes, der peinigenden Spannung oder des Staunens. Ist der Blick unstät fremdartig und wird er plötzlich starr, amaurotisch, so ist dies mali ominis. Derartige Zustände sind katatonische).

Ein wesentlich anderes Verhalten zeigen die Bewegungen in der Form der Dysthymie, wo sich die innere Angst auch in körperlicher Unruhe äussert („Melancholia agitans"); auch innerlich besteht hier oft ein wirres Durcheinanderjagen der Gedanken, diese bleiben aber im Wesentlichen ohne Wechsel, monoton, durch welchen Mangel an Productivität sich der Zustand von der Hyperthymie unterscheidet. Die

Kranken treiben sich dann unstät umher, zeigen Neigung im Freien herumzuirren, an entfernte Orte, zu Verwandten, Freunden zu laufen („Melancholia errabunda"). Dabei werden oft die Hände gerungen, oder die Arme in drehenden Bewegungen hin- und hergeworfen. In analogen Erscheinungen äussert sich auch der peinliche Affect bei Gesunden einerseits in Starrwerden vor Schreck und Bestürzung, andererseits in Unruhe und Aufregung.

§. 257.

Die Wuthausbrüche („Raptus melancholici"), welche plötzlich einen anenergischen Zustand unterbrechen können, sind sowohl gegen das eigene Leben, wie gegen das Anderer gerichtet. Die Analgesie, psychische Dys- und Anästhesie, erleichtert die Ausführung dieser Handlungen. Vor allem aber ist es die Präcordialangst, welche dazu treibt. Die gerichtliche Medicin hat mit einer grossen Zahl von Gewaltthaten zu thun, welche durch das Angstgefühl im Epigastrium hervorgerufen worden sind.

Was zuerst die psychische Begründung solcher Gewaltthaten bei früher schon entschieden Schwermüthigen betrifft, so gehen solche Antriebe zum Theil aus einem wirklichen Delirium des Vorstellens oder der Sinnesperception hervor. Hierher gehören die Fälle, wo die Kranken sich von Anderen verfolgt oder überhaupt beeinträchtigt glauben, wo sie vorhandene Gehörshallucinationen von angreifendem, beschimpfendem Inhalt gewissen Personen zuschreiben, und an solchen dann wirkliche Rachehandlungen begehen. (So z. B. die mehrfach vorgekommenen Fälle, wo hypochondrisch Verrückte Mordangriffe auf ihre Aerzte machten. Vgl. bei Marc, übersetzt von Ideler II. p. 9, die reichliche Sammlung von Fällen.) Diesen stehen jene Gewaltthaten sehr nahe, die auf der entschieden dysthymischen Vorstellung beruhen, dass Alles in der Welt durchaus schlecht, verworfen und verloren sei, dass z. B. die unschuldigen Kinder dem Elend dieser Welt am besten durch einen frühen (gewaltsamen) Tod entzogen würden, oder dass — ungeachtet kein Grund zu solcher Besorgniss vorliegt — alle Mittel zur weiteren Existenz erschöpft seien, und Alles demnächst in Hunger und Elend zu Grunde gehen müsse etc. Derlei dunklere oder bewusstere Vorstellungen projiciren sich nicht selten in Hallucinationen, die direct zum Mord (von Kindern, Gatten etc.) auffordern, und es schliessen sich an sie jene Gehörshallucinationen fanatisch-religiösen Inhalts (Stimmen Gottes, vom Himmel etc.) an, welche dem Kranken eine Nachahmung des Opfers Abrahams u. dgl. befehlen. Solchen liegt der dunkle Gedanke der Nothwendigkeit eines fremden, den Kranken selbst aber wesentlich mitbetreffenden Sühnopfers für — imaginäre — eigene, schwere Verbrechen zu Grunde, während in anderen Fällen eine solche Unthat von dem Kranken, der sich selbst für einen verworfenen Bösewicht hält, in der Absicht begangen wird, sich die vermeintlich wohlverdiente Todesstrafe zuzuziehen.

Für sehr viele Fälle ist ein Umstand sehr wichtig und charakteristisch, nämlich die Befreiung des Individuums von seinem schmerzlichen Affect und seinen schrecklichen Vorstellungen dadurch, dass die That vollbracht, ihm objectiv geworden ist, jene Erleichterung und Beruhigung, welche der Kranke durch die Entäusserung seiner Stimmung mit dem Vollbringen der That gewinnt, dass man auch schon die kritische Bedeutung solcher Thaten genannt hat.

§. 258.

2. Symptome des übrigen Nervensystems. Das körperliche Verhalten der Kranken entspricht dem psychischen Zustande: Blasse Gesichtsfarbe, schlaffer Gesichtsausdruck, oberflächliche, gepresste Respiration, wenn auch durch Angst oft beschleunigt, kleiner, oft verlangsamter Puls; die Verdauung ist träge, der Stuhl verhalten etc.

Bei fast allen Dysthymikern leidet im Anfang und auf der Höhe der Krankheit der Schlaf. Die Schlaflosigkeit kann den denkbar höchsten Grad, oft trotz aller Arzneimittel erreichen. Die Kranken liegen theils mit offenen Augen die ganze Nacht im Bett, theils treibt sie die Unruhe aus demselben; oder sie schlafen einige Stunden, dann wachen sie mit Präcordialangst auf und empfinden nicht die Erquickung des gesunden Schlummers. Manchmal geht in der Reconvalescenz das ganze wahnhafte Vorstellungsleben in die Träume über, ehe es ganz verschwindet.

Häufig werden Klagen über Kopfweh im Hinterhaupt und Scheitel, selten in der Stirn, oder über ein peinliches Gefühl von Leersein, Druck im Schädel ohne Kopfschmerz geäussert. Das Gemeingefühl ist auch gestört und diese Störung documentirt sich in dem Gefühl der Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Unbehaglichkeit.

Störungen der Sensibilität werden häufig getroffen. Paralgieen, Hyperästhesieen, Neuralgieen werden zur Zeit der Menses gesteigert; die Secretionen und Triebe sind vermindert, mitunter ist jedoch heftiger Drang zur Masturbation vorhanden.

Die Nahrungsaufnahme wird nicht selten verweigert, und zwar entweder auf Sinnestäuschungen und Wahnideen oder auf Störungen im Hungergefühl und der Verdauung beruhend. Jedoch auch bei reichlicher Nahrungszufuhr nimmt das Körpergewicht stetig ab. Es ist diese successive Reduction der Ernährung und die mangelhafte Blutbildung auf eine Ernährungsstörung der trophischen Nervencentren zurückzuführen. Eine Besserung der Ernährung und des Aussehens zeigt den Beginn der Reconvalescenz an.

Die vasomotorischen Begleiterscheinungen zeigen sich in einer verstärkten Trikrotie des Radialpulses (vermehrte Contractur des Arterienrohrs). Später bei constitutioneller Anämie treten Pulslähmungen ein. Der Puls wird tardo-dikrot, selbst monokrot. Beim Rash beobachtet man starkes Klopfen der Carotiden neben kleinem Radialpuls und kühlen Extremitäten.

Die Störungen in der Verdauung documentiren sich durch Dyspepsie, Magenkatarrh, häufiges Aufstossen, belegte Zunge, Verstopfung (geregelter Stuhlgang zeigt die beginnende Reconvalescenz an). Bei

Appetitlosigkeit kommen auch Fälle vor, in denen die Patienten sich mit grosser Hast das Essen hineinstopfen, ohne danach Sättigungsgefühl zu haben. Wie ein Thier zerreissen sie das Brot und stopfen es sich unter dem Bilde des Heisshungers in den Mund. Dabei treten die Bulbi aus ihren Höhlen und das Gesicht nimmt einen hülflosen und dabei wilden Ausdruck an. Häufig tritt nach dem Essen ein Hitzegefühl in den Extremitäten und im Gesicht ein.

Die Eigenwärme ist eine meist subnormale, die Periode ist häufig gestört, cessirt; die Gebärmutterblutungen wirken ungünstig auf die Anämie. — Durch diesen ganzen Symptomen-Complex erscheinen die Kranken älter als sie wirklich sind.

C. Neurasthenische Dysthymie.

§. 259.

Im Gegensatz zu der gewissermaassen physiologischen Stimmungsanomalie des neurasthenischen Charakters tritt die neurasthenische Dysthymie sofort mit allen Symptomen der Psychose überhaupt auf. In der Mehrzahl der Fälle waren die Erkrankten weibliche Individuen (S. Marcus). Erheblich belastende Momente liegen bei dem grössten Theil vor, jedenfalls zeigen alle eine minderwerthige Veranlagung in auffallender Gemüthsweichheit und Erregbarkeit. Während sich die Neurasthenie schleichend entwickelt, führt eine shockartige, schroffe Erschütterung des Nervenlebens acut zum Ausbruch der Dysthymie. Schon bei ihrem ersten Auftreten zeigt die Psychose neben den bekannten Erscheinungen der Dysthymie als charakteristisches und nahezu constantes Sonder-Symptom eine bestimmte Form von Zwangsvorstellungen oder besser Zwangsgedanken, meist nur in Form eines einzelnen obscönen oder niedrig-beschimpfenden Zwangswortes oder Einzelsatzes, was dem Kranken oft einen Stunden langen aber fruchtlosen Kampf zwischen gewollter und aufgezwungener Vorstellungsweise verursacht. Aus diesem geradezu dämonischen Widerstreit, denken zu müssen, was dem Gefühl absolut entgegengesetzt ist, folgt für den in dysthymischer Urtheilstäuschung befangenen Kranken ein neuer Beweis seiner Verworfenheit. Jedoch ist nicht der durch die Zwangsvorstellung hervorgerufene Affect die Ursache der Dysthymie, sondern der Zwiespalt im Seelenleben und die dysthymische Begründung ist bereits vorhanden, wenn die Zwangsvorstellung, neuen Sturm im Gemüthe entfesselnd, hinzutritt. Das Vorkommen von Zwangsvorstellungen ähnlicher oder das Gewissen noch mehr gravirender Art beweist ferner, dass ein Causalitäts-Verhältniss in dieser Weise jedenfalls nicht besteht. Die Eigenthümlichkeit der hierher gehörigen Zwangsphänomene, in Einzelworten

und Contrastvorstellungen aufzutreten, welche von den Kranken als innere Gehörsempfindungen geschildert werden, ist als eine der vielgestaltigen Ausdrucksweisen der sensorischen Uebererregbarkeit aufzufassen. Die ausgesprochene Dysthymie wandelt im Uebrigen innerhalb der Grenzen der gewöhnlichen, nur noch ausgezeichnet durch das Auftreten somatisch - neurasthenischer Erscheinungen. Nachdem das Krankheitsbild in dieser Weise eine Reihe von Wochen bestanden hat, scheint ein Abklingen aller Symptome stattzufinden. Während jedoch die einfache Dysthymie, sobald die Akme überschritten ist, in gleichmässig absteigender Linie zur Norm zurückkehrt, ist der Verlauf der neurasthenischen dadurch gekennzeichnet, dass freie Zwischenräume mit Krankheitsparoxysmen abwechseln, von denen die letzteren ferner die Eigenthümlichkeit haben, zeitlich und an Intensität schwächer zu werden, während gleichlaufend die Scheinreconvalescenzen sich vertiefen und zeitlich ausdehnen. Bei der Unabhängigkeit dieses Verlaufs von äusseren Veranlassungen liegt der Schluss nahe, dass er nur aus inneren organischen Schwankungen entspringt, und dass man einen Zusammenhang mit den Schwankungen des vasomotorischen Tonus, die der Neurasthenie eigen sind, suchen muss. Auch die rein somatischen Erscheinungen der Neurasthenie pflegen ja einen ähnlichen intermittirenden Charakter zu zeigen. In allen von Marcus beobachteten Fällen trat Heilung ein, freilich in einer im Verhältniss zur Dysthymie langen Zeit. Wenn die Seelenstörung abgelaufen ist, zeigt sich wieder das alte einfache Bild der Neurasthenie. Auch körperlich fehlt die sonst gewohnte Reaction; Gewichtszunahmen, sonst bei geheilten Dysthymieen gewöhnlich, fanden sich hier nicht.

V. Verlauf der Dysthymie.

§. 260.

Der Verlauf der einfacheren Formen der Dysthymie ist in der Regel chronisch mit Remissionen, seltener mit vollständigen Intermissionen von verschiedener Dauer. Die Remissionen sind natürlich im Beginn der Schwermuth und wieder bei Annäherung an die Reconvalescenz am häufigsten.

Ein sehr mässiger Grad von Dysthymie mit bedeutenden Remissionen kann viele Jahre lang bestehen; solche Kranke kommen selten und nur bei Exacerbationen oder intercurrirenden Anfällen von Tobsucht in die Irrenanstalten; sie können sich meist in ihren gewohnten Verhältnissen erhalten und sind die Qual ihrer Umgebung und der Gegenstand vielseitiger schiefer Beurtheilung von Seiten der Aerzte und Laien.

Die anhaltende Form der Schwermuth von noch mässiger Inten-

sität dauert gewöhnlich bei einer zweckmässigen Behandlung ein halbes Jahr bis zu einem Jahr. Es ist durch eine grosse Zahl von Beobachtungen als unzweifelhaft zu betrachten, dass intercurrirende acute, wie auch neu sich entwickelnde chronische Krankheiten öfters von günstigem Einflusse auf die Dysthymie sind, so dass diese mit dem Auftreten jener aufhört.

Die Genesung erfolgt meist allmählich, unter successiver Abnahme der Verstimmung, Eintritt immer längerer Zeiten von Ruhe und immer vollkommenerer lichter Zwischenräume, Rückkehr früherer Neigungen und Eigenthümlichkeiten, oft unter gleichzeitiger oder vorausgehender Zunahme des Körpervolumens.

VI. Vorkommen und Prognose der Dysthymie.

§. 261.

Die Dysthymie kommt am häufigsten im 17. bis 25. Jahre und im Senium vor, in der Phase der sexuellen Entwicklung und der senilen (klimakterischen) Involution. Im vorgeschrittenen Alter erkranken annähernd gleich viel Frauen und Männer, im jugendlichen Alter und weiter bis zur Senescenz überwiegen die Frauen.

Die Prognose hängt zunächst mit der Intensität zusammen. Eine nach mehrwöchentlicher Dauer noch mässige Intensität der traurigen Verstimmung, allgemein gehaltene Aeusserungen von Selbstanklage, Delirium und Kleinheitswahn, während der Patient die Krankhaftigkeit seines Zustandes ganz oder einigermaassen zugiebt, enden wohl stets in Genesung. Von Recidiven ist dabei allerdings abzusehen. Innerhalb der Dysthymie kommen gegen das Ende heilbarer Fälle gleichsam episodisch umschriebene, hyperthymische Zeiten meist von sehr kurzer Dauer vor, die, wie es scheint, eine Ernährungsverbesserung des Gehirns mit sich führen und zur Genesung beitragen (Reactive Elation cf. §. 265). Bei den die Prognose nicht durch lange Dauer beeinträchtigenden Fällen ist Aufschwung der Ernährung meist ein wichtiger Vorbote der Genesung. Die nicht heilbaren Fälle der depressiven Verstimmung, die unmittelbar in Blödsinn oder in secundäre Störungen übergehen, gehören zum Symptomencomplex einer Paraphrenia alternans. Hat sich die Dysthymie auf Grund schwerer ätiologischer Momente (Heredität, Trauma) entwickelt, so ist die Prognose ungünstiger. Sind Ernährungsstörungen, Anämie, vorübergehende psychische Affecte die Ursache, so ist die Prognose besser, desgleichen bei jungen und kräftigen Individuen, und je seltener Angst-Zustände auftreten. Bei alten Leuten ist sie auch nicht absolut ungünstig. Tritt Nahrungsverweigerung ein, so ist die Prognose trübe.

VII. Therapie der Dysthymie.

§. 262.

Als erster der Hauptgrundsätze bei der Therapie der Dysthymie gilt der, dem Kranken vollkommene körperliche und geistige Ruhe zu verschaffen. Vor allem verschone man ihn mit Zumuthungen, seinen Schmerz zu unterdrücken, man vermeide ein directes Aufmuntern, ein ungestümes Aufrichtenwollen ebenso, wie mahnendes Tadeln oder Zusprechen. Man rede so wenig wie möglich mit den Kranken über ihren eigenen Zustand und gar nichts von den Objecten ihres Deliriums. Wahnvorstellungen rede man nicht aus, am wenigsten durch Argumente. Durch ruhige aufrichtige Theilnahme an dem Geschick des Kranken suche man sein Vertrauen zu gewinnen und halte allen Beweisversuchen desselben gegenüber die Zuversicht fest, dass man für ihn bestimmt auf Besserung hoffe.

Sehr häufig versuchen die Angehörigen, namentlich bei beginnender Erkrankung, durch sogenannte Zerstreuungsreisen oder auch Ermahnungen und Tröstungen der Religion etc. die traurige Verstimmung des Kranken zu heben, verschlechtern aber stets dadurch den Zustand des Patienten, da solche Einflüsse, die unter normalen Verhältnissen freudige Eindrücke machen würden, den psychischen Schmerz des Dysthymischen nur steigern können. Infolge dessen ist fast ausnahmslos die Versetzung in eine neue Umgebung absolute Nothwendigkeit; doch muss dieselbe alle Garantieen der Ruhe und verständigen Leitung bieten. Aus eben diesem Grunde ist vor den Zerstreuungsreisen, „die den Kranken auf andere Gedanken bringen sollen", und vor dem Aufenthalt in besuchten Bädern nur zu warnen. Bisweilen zeigt sich ein längerer Besuch bei einer befreundeten Familie von Nutzen. Jedoch wenn auch sicher eine Anzahl von Dysthymischen ausserhalb einer Anstalt ihre Genesung erlangt, so ist die Zahl derselben eine relativ kleine, und die Auswahl der passenden Fälle ist schwer und erfordert grosse Sachkenntniss.

Bei weitaus der grössten Zahl ist die Versetzung in eine geschlossene Anstalt absolut nothwendig, namentlich bei Neigung zum Selbstmord. Jeder Dysthymische kann in seiner deprimirten Gemüthsverfassung jeden Augenblick einen Selbstmordversuch begehen oder auch in seinen Angstanfällen seiner Umgebung gefährlich werden. Daher darf die Ueberwachung nicht einen Augenblick unterbrochen werden, zumal erfahrungsgemäss ein Dysthymischer oft mit grosser Raffinerie und Ausdauer seine selbstmörderischen Absichten zur Ausführung zu bringen sucht, sobald ihm nur irgend eine Gelegenheit dazu geboten wird. Diese

stetige Ueberwachung des Kranken kann aber nur in einer Irrenanstalt mit ausreichendem Wärterpersonal durchgeführt werden. Andrerseits wirkt bei rathlos ängstlichen, in ihrem Schmerze sich beklagenden Kranken der Druck der Anstalt als heilsamer Gegenreiz. Man muss Schüle beistimmen, wenn er die Irrenanstalt ein Heilmittel ersten Ranges für Dysthymische nennt.

Der Kranke muss alle anstrengenden Beschäftigungen, besonders jede ermüdende Kopfarbeit vermeiden, doch ist leichte, anziehende, zum Aufmerken veranlassende und dadurch vom Wahn ablenkende Beschäftigung zu empfehlen (Feld-, Garten-Arbeit, rationelle Gymnastik), mindestens kleine Spaziergänge, wobei schon der Aufenthalt in frischer Luft dem Kranken sehr nützlich ist. Dabei sollen auch freie, mässig anregende Erholungsstunden nicht mangeln; Morgens soll sich der Kranke die genügende Bettruhe gönnen, Abends zeitig sich zu Bett legen.

Directer Zwang ist in jedem Falle zu vermeiden, Geduld und Zuspruch müssen unerschöpflich sein; oft jedoch behagt sich der Kranke in dem Cultus seines Weh's, wird förmlich verliebt in seinen Schmerz und widerstrebt allem Ansinnen, ihn abzulenken. In solchen Fällen ist auch ein kurzes, etwas strenges Verfahren am Platze, das zuweilen sogar den Anschein einiger Härte haben darf. Der Arzt kann auch, wenn er erst das Vertrauen des Kranken gewonnen hat, gegen die Wahnideen belehrend und aufklärend einschreiten, und eventuell durch Gewährung von Concessionen auf den Kranken nützlich einwirken. Im Allgemeinen erfülle man die harmlosen Wünsche der Patienten mit Aufmerksamkeit und komme jedem gesunden Interesse, das sich zeigt, entgegen; nur dem Krankhaften in ihnen leiste man Widerstand.

Ist der depressive Affect stärker, die psychische Hyperästhesie grösser, so ist eine sehr wesentliche Mithülfe bei der symptomatisch-diätetischen Behandlung die Bettruhe. Namentlich bei Dysthymischen mit und aus Hirnanämie giebt es kein besseres Beruhigungsmittel (v. Krafft-Ebing), und man muss dieses Mittel unter Umständen unter Beihülfe eines Wärters (Wärterin) durchführen. Die horizontale Lage erleichtert die Hirncirculation und leitet mit der motorischen Ruhe auch die cerebrale ein (Schüle). Nöthig ist dabei, dass, besonders bei Kranken mit Cyanose und Kälte der Füsse durch Wärmflaschen etc. für die erforderliche Bettwärme gesorgt wird. Zur Unterstützung dieser diätetischen Kur dienen prolongirte lauwarme Wannenbäder mit kalten Umschlägen, am besten Abends; bei Neigung zu Kopfcongestionen Fuss- und Handbäder, event. Eis zeitweise. Man kann durch Senfbäder, Priessnitz'sche Einpackungen versuchen, Schlaf zu erzielen. Bisweilen gelingt dies auch durch Spirituosa oder kräftiges Bier, besonders

bei Anämischen; in solchen Fällen empfiehlt es sich auch, die Hauptmahlzeit auf den Abend zu verlegen.

§. 263.

Reicht dieses Regime (Bettlage, lauwarme Bäder, entsprechende Diät) nicht aus, dann erst greift man zu den narkotischen Mitteln, die zunächst auf Erreichung eines genügenden Schlafes gerichtet sind. Hier ist nach Schüle das beste das Paraldehyd, welches selbst bei längerem Gebrauche gefahrlos ist. Man beginnt mit 3 g und steigt mit der Dosis bis zu 6 und 8 g, die aber besser in 2 Portionen zu geben sind. Chloralhydrat in Dosen von 1—2 g wirkt vielleicht noch besser als Paraldehyd, ist aber auf die Dauer wegen seiner vasoparalytischen Wirkung gefährlich. Morphium leistet in diesem Falle wenig. Kampher (0,06—0,13) hat sich bei decrepiden Dysthymischen mit Herzschwäche als gutes Schlafmittel bewährt. In sehr acuten Fällen muss das hyperästhetische Gehirn, welches auf alle Gedanken und Wahrnehmungen nur mit Schmerzempfindungen antwortet, auch bei Tage Ruhe haben. Dazu kommen die von der Peripherie einwirkenden neuralgischen Reize, welche eine beständige oder anfallsweise Angst unterhalten und das so schon geschwächte Centralorgan immer weiter erschöpfen. Hier sind Opium, Morphium, Bromkali unentbehrlich.

Opium-Therapie. Die Wirkungen des Opiums sind vor allem beruhigende, die psychische Hyperästhesie und Präcordialangst herabsetzende. Giebt man es in grossen Dosen und längere Zeit hindurch, so tritt meist bald eine Besserung der Erscheinungen von Hirnreizung ein: zunehmende Beruhigung des Kranken, Schwinden der Angstgefühle und Wahnvorstellungen und mitunter baldige vollständige Genesung. Intoxikationserscheinungen oder schädliche Einflüsse der Opiumbehandlung, wenn die Indication dazu vorhanden ist, werden nicht beobachtet. Auch verliert sich die Stuhl verstopfende, Secretionen vermindernde Wirkung bei längerem Gebrauch, ja man kann sagen, dass es auf die Ernährung fördernd einwirkt. Nach vielfachen, übereinstimmenden Erfahrungen sind es vorzüglich recht frische Fälle, jüngere und mehr weibliche, besonders anämische Individuen, bei denen diese günstigen Wirkungen eintreten. Ernstere Contra-Indicationen geben bei rüstigen Personen heftigere complicirende Magen- und Darmkatarrhe ab, doch nur in bedingter Weise. Bei sehr marastischen Zuständen ist es sehr bedenklich, Opium zu verordnen, das hier öfters durch Bromkali ersetzt werden kann. Drohender Collaps verbietet direct die Anwendung des Opiums, Herzschwäche aus organischer Degeneration erfordert die grösste Behutsamkeit.

Nach Schüle beginnt man mit 0,04—0,06 g des Pulvers oder 12—15 gtt. der Tinctur und reicht diese Gabe schon früh Morgens; die zweite kann Abends als Schlafgabe gereicht werden. v. Krafft-Ebing beginnt mit Dosen von 0,03 zweimal täglich und steigt etwa täglich um 0,01, bis die Dosis von 0,05—0,06 g erreicht ist. Die günstige Wirkung des Mittels pflegt sich bald zunächst in Eintritt von Schlaf und Beruhigung zu äussern. Je nach der Stärke des depressiven Affects, nach der Häufigkeit der schmerzlichen Tages-Exacerbationen etc. kann sich noch eine dritte und vierte Dosis als indicirt erweisen. Der Schonung des Magens und der sicheren Dosirung wegen empfiehlt v. Krafft-Ebing die subcutane Anwendung von Extr. Opii aquos.,

doch ist die wässerige Lösung des Opiumextractes nur frisch gut verwendbar, sie verdirbt bald und gefährdet dann durch Hervorrufung von Hautabscessen. Ist die subcutane Anwendung aus irgend einem Grunde nicht möglich, so reicht man das Opium per os in der Regel in Verbindung mit Amaris oder bei Schwächlichen besser mit südlichen Weinen, z. B. Sherry.

Am besten giebt man das beruhigende Mittel stets vor Eintritt der Angstparoxysmen, d. h. bevor der Kranke unruhig wird, spätestens beim ersten Zeichen von dem Eintritt des Anfalls. Es wirkt eine kleine Gabe, rechtzeitig gereicht, sicherer und entschiedener als eine grössere zur Unzeit, d. h. auf der Höhe des Anfalls, verabfolgte. Anfängliche Nausea geht meist bald vorüber. Hat man eine Beruhigung des Patienten erreicht, so suche man die erzielte Ruhe festzuhalten, indem man die erprobte Dosis weiter giebt. Wächst aber die Unruhe unter der bisherigen Dosirungshöhe, so steigt man mit dieser, je nach Bedarf um 5—10 Tropfen der Tinctur. Man kann successive selbst bis auf 60—100 Tropfen pro dosi steigen, ohne eine andere unangenehme Nebenwirkung als eventuelle Obstipation zu haben; diese verliert sich bei dauernder Anwendung des Mittels von selbst. Auf jeden Fall muss eine möglichst dauernde cerebrale Beruhigung, eine möglichst dauernde Minderung oder Hinwegnahme des kranken Gemüthsdruckes angestrebt werden, so dass der wunde Gemüthsnerv heilen kann. Sehr treffend drückt dies Schüle mit den Worten aus: „Die künstliche Opiatruhe ist der Gipsverband des erkrankten Nerven.“ Der Erfolg der Opium-Therapie liegt aber besonders in ihrer richtigen methodischen Anwendung.

Die Indicationen des Morphiums fallen mit denen des Opiums zusammen. Morphium hat den Vorzug, dass es die Verdauungsorgane weniger angreift und zur subcutanen Application brauchbarer ist. Ist jedoch die Ernährung tief gesunken, so wende man stets Opium an; Fälle mit paroxysmellen Angstzuständen sind für Injectionen bevorzugt. Auch hier gilt die Regel, das Morphium möglichst im Beginn der Anfälle zu appliciren. Man fängt mit 0,01 pro die an und steigt, wenn nöthig, bis 0,06 g und selbst noch höher. Zu achten ist auf die Idiosynkrasie einzelner Personen gegen Morphium. Man fährt mit der Dosishöhe, welche die gewünschte Beruhigung erzielt, methodisch fort; doch darf die Dosirung nie Schablone werden, sondern muss sich immer nach dem vorhandenen Bedürfnisse richten. Man gebe also nicht eine grössere Dosis, wenn man mit einer kleineren schon den gewünschten Erfolg haben kann. Bei längerem Gebrauche ist die Gefahr des Morphinismus zu berücksichtigen; es darf nie ein Reconvalescent aus der Anstalt entlassen werden, bevor nicht die Abgewöhnung sicher und fest ist. — Die bisweilen auftretenden shokartigen Zufälle bei den Injectionen lassen sich nicht immer vermeiden, da wir deren sichere Entstehungsweise nicht kennen. Direct contraindicirt ist Morphium bei Marasmus, Neigung zu Collaps, Fettherz.

Bromkali, das „spinale Opium“ (Schüle l. c. p. 44) eignet sich namentlich bei Dysthymie, die auf neurasthenischer Grundlage beruht, oder bei Verdacht auf bestehenden Sexualreiz. Mit Vortheil setzt man demselben sehr oft etwas Opium bei.

§. 264.

Von Wichtigkeit ist ferner bei der Therapie der Dysthymie die Bekämpfung aller complicirenden Begleiterkrankungen. Bei etwa vorhandenen Neuralgieen, worunter die der Intercostalnerven am häufigsten sind, hilft oft sehr schnell Chloroform örtlich angewandt auf Watte oder mit Oel, mit oder ohne Opiumzusatz. Auch die elektrische Localbehandlung erzielt nicht selten sehr befriedigende Frfolge. Bei der Behandlung der peripherischen Sensibilitätsanomalieen muss man natürlich auch die denselben eventuell zu Grunde liegenden Ursachen (Uterinkrankheiten) berücksichtigen und demgemäss verfahren.

Ein Hauptaugenmerk ist auf den Stand der Kräfte und die Nahrungsaufnahme zu richten. Leicht tritt bei unregelmässiger Ernährung und schon bestehender katarrhalischer Affection der Verdauungswege Inanition und Erschöpfung ein, oder es entwickelt sich Tuberculose, wenn zu letzterer schon eine Anlage besteht. Sehr wichtig ist daher die arzneiliche Bekämpfung anämischer Zustände durch Eisen- oder Chinin-Präparate. Die Wahl des Eisenpräparates muss dem jeweiligen Verdauungszustand entsprechen; manchmal eignen sich Eisen mit Bittermitteln, passende Mineralwässer, Jodeisen; bei verweigerter innerlicher Darreichung: Salzbäder mit Eisenvitriol und nachheriger Bettruhe, Leberthran, Malzextract. Temperirte Morgenwaschungen mit nachfolgender Frottirung sind manchmal ausgezeichnet als Tonikum zur Beförderung der Verdauung und als Nervinum.

Die so oft bei Psychosen vorhandenen katarrhalischen Magen-Darmaffectionen sind ebenfalls nicht ausser Acht zu lassen. Man wendet gegen dieselben die bekannten Tonika oder Laxantien, event. auch Emetika an, wie sie in der inneren Medicin verordnet werden. Besonders berücksichtige man die Regelung der fast stets vorhandenen Obstipation mit oft übermässiger Schleimproduction des Dickdarms. Drastika vermeidet man besser. Man überwache ferner die menstrualen Vorgänge bei weiblichen Individuen und schreite auch gegen häufige Masturbation und Pollutionen bei männlichen Individuen ein.

Zur Anregung einer darniederliegenden Hautthätigkeit empfiehlt v. Krafft-Ebing Kleien-Seifenbäder und warme Essigwaschungen. Ungenügende, oberflächliche Respiration kann Faradisation der Brustmuskeln und des Zwerchfells oder Sinapismen erfordern.

Von grosser Wichtigkeit ist die Verordnung einer richtigen Diät; das beste ist eine kräftige, proteïnreiche, nährende Kost, die aber besonders bei schon bestehenden Magen- oder Darm-Affectionen möglichst reizlos und leicht verdaulich sein muss. Am passendsten sind Milch

und Milchspeisen zu diesem Zweck. Wein in kleinen Quantitäten ist fast stets zu gestatten, besonders bei torpiden Patienten, und bei darniederliegender Herzthätigkeit kräftiger südlicher Wein. Oft bringt ein Glas Glühwein oder Punsch den lange ersehnten Schlaf. Auch gutes Bier wirkt fördernd auf diesen wie auf die allgemeine Ernährung. Cigarren sind nur in ganz beschränktem Maasse zu gestatten, besser ganz zu verbieten. Auch übermässiges Schnupfen muss untersagt werden.

Die Hauptschwierigkeit bei der Ernährung bietet die Nahrungsverweigerung von Seiten des Patienten, deren Ursachen verschieden sein können. Oefters liegt der Grund in einem Mund-, Magen- oder Darmkatarrh, bei welchem wirkliche Appetitlosigkeit besteht; nach geeigneter Behandlung des betreffenden Katarrhs schwindet sie, worauf dann auch die Speisescheu weicht. Bisweilen ist es eine hochgradige Obstipatio alvi, nach deren Beseitigung sich auch die Sitophobie verliert. Meistentheils aber ist das Motiv ein psychisches. In manchen Fällen ist die Nahrungsscheu aus dem Motiv entstanden, sich der schmerzlich und feindlich empfundenen Aussenwelt gegenüber in Opposition zu setzen. In diesen Fällen gelingt es, den Kranken durch Nichtbeachtung dieses oppositionellen Gebahrens meist bald zum Aufgeben des Widerstandes zu veranlassen, oder indem man scheinbar zufällig Speisen in die Nähe bringt und wie unabsichtlich stehen lässt, ermöglicht man es ihm, dieselben sich unbemerkt anzueignen, so dass es zu einer erheblichen Ernährungsstörung nicht kommt. Bei dem Einen handelt es sich um religiöse Gründe, er verschmäht Speise und Trank, um Busse zu thun, um Vergebung seiner Sünden zu erlangen u. s. w.; Andere weisen die Nahrung zurück, weil sie derselben nicht mehr werth zu sein glauben und fürchten, sie Armen oder Würdigeren zu entziehen; oder es besteht der nihilistische Wahn, dass nichts mehr vorhanden, alles zu Grunde gegangen sei, dass der Patient keine Zahlung leisten könne. Bei anderen Kranken sind es Geruchs- und Geschmacks-Täuschungen und damit zusammenhängender Wahn der Vergiftung, der Verunreinigung der Speisen, welche die Nahrung verweigern lassen. Zuweilen gehorcht der auf Nahrung verzichtende Kranke dem Gebot von befehlenden Stimmen, am seltensten versucht sich der Kranke durch Aushungern das Leben zu nehmen. Da wo derartige Wahnideen, Hallucinationen, Lebensüberdruss im Spiele sind, ist oft eine künstliche, zwangsweise Ernährung nicht zu umgehen.

In jedem Falle, wo Nahrungsscheu auftritt, lasse man den Kranken zunächst zu Bett liegen, wodurch die Ausgabe für Eigenwärme und Muskelbewegung erheblich vermindert wird. Man sorge ferner für Reinhaltung der Mundhöhle (hypermangansaure Kalilösung). Man kann bei Bettlage des Kranken und nicht zu sehr geschwächter Ernährung 8—14

Tage warten, wenn Patient wenigstens ab und zu etwas Milch, Wein oder Eis nimmt. Wird aber der Puls schwächer, der Kräftezustand geringer, tritt Inanitionsfoetor ein, so ist sofort mit der Ernährung durch die Schlundsonde zu beginnen und eher zu früh als zu spät anzufangen. (Ueber die Einführung derselben und die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmaasregeln, vergl. viertes Buch, Abschnitt 2. Therapie). Oft geht der künstlichen Einflössung der Nahrung mit Vortheil eine Auswaschung des Magens mit Vichywasser voraus. Morphium- oder Atropin-Injectionen wirken bisweilen bei widerstrebenden Patienten unterstützend. Im Allgemeinen genügt eine zweimalige Fütterung täglich.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Frl. K., 47 Jahre alt, Musiklehrerin, aus nicht belasteter Familie, war als Kind gesund und entwickelte sich normal. Sie war von Jugend auf sehr lebhaft, aber nicht etwa excentrisch, und dabei sehr ausdauernd. Im Alter von 19 Jahren verlor sie ihren Bräutigam durch den Tod. Sie wurde kurze Zeit nachher etwas deprimirt und lebte 3 bis 4 Jahre vollständig zurückgezogen. Nach dieser Zeit wurde sie wieder vollkommen munter; sie hielt sich im elterlichen Hause auf, beschäftigte sich sehr viel mit Musik und gab auch Unterricht. Im letzten Winter pflegte sie ihre Mutter und verwaltete neben dem Unterricht noch das Hauswesen, was sie sehr anstrengte. Sie kam körperlich herunter, zog sich von aller Gesellschaft zurück, weinte sehr viel, glaubte, dass ihre Angehörigen sie nicht mehr liebten; dabei klagte sie über Schmerzen, die vom Herzen ausgingen und mit einem hochgradigen Angstgefühl verbunden waren. Nach einem fünfwöchentlichen Aufenthalt in Schreiberhau und Cudowa verschlimmerte sich ihr Zustand, sie kam sich überflüssig vor, sie wäre zu nichts nütze etc. Sie wurde zu Verwandten aufs Land geschickt, und darauf einem Arzt in Suderode übergeben. Doch auch hier fühlte sie sich sehr unglücklich, sie beklagte sich über alles, war sehr aufgeregt, besonders Nachts, zerwühlte die Betten etc.

Am 30. September 1890 wurde sie der Maison de santé in Schöneberg zugeführt. Sie war sehr geängstigt, jammerte über die grossen Unkosten, die sie ihrer Familie verursache, dass sie zu nichts nütze sei, dass sie zur Strafe für ihren Weggang aus Suderode hier eingesperrt werde etc. Sie spricht sehr viel, aber alles ist eine unzusammenhängende Ideenverbindung. Ihre Klagen über körperliche Störungen beziehen sich auf Magen- und Stuhlbeschwerden, Druck im Kopf und Zittern in den Gliedern. Der Appetit der Patientin ist mässig. Stuhlgang nur durch Abführmittel zu erzielen, Schlaf nach 2,0 g Sulfonal in Grog unruhig. Da sie sehr anämisch aussieht, wird sie einer Playfair-Kur unterworfen. Sie bleibt zu Bett, bekommt 2 Liter Milch mit Cognac täglich, leichte Abführmittel und Abends, wo ihre Angstgefühle meist an Intensität zunehmen, 2,0 g Chloralamid. Nach einigen Tagen besserte sich der Schlaf, doch tagsüber ist Patientin noch sehr verängstigt, sie ekelt sich vor dem Essen, dem Bett, der Wäsche, dem Service etc. und drückt ihren Abscheu gegen jede geistige und mechanische Beschäftigung aus. Sie liegt nach wie vor zu Bett und verharrt in ihren alten Klagen über die grossen Kosten ihres Aufenthalts und in der Sorge um ihre Zukunft.

Der Appetit ist nicht stark, doch nimmt Patientin jetzt täglich 2 Liter Milch, Pepton-Bouillon und die gewöhnliche Diät zu sich, dazu erhält sie alle 3 Tage ein warmes Bad. Die Schlafmittel werden ausgesetzt, doch sind Abführmittel noch immer nöthig. Schon nach etwa 14 Tagen ist der Gesichtsausdruck der Patientin viel frischer und munterer, sie beschäftigt sich mit Handarbeiten und leichter Lectüre; auch ist sie viel ruhiger

geworden, wenn auch ihre Klagen über Unsauberkeit, über das Personal, über die grossen Ausgaben immer noch die gleichen sind. Die Besserung schritt so gleichmässig fort, dass Patientin am 20. October für einige Stunden des Tages das Bett verlassen konnte. Das Körpergewicht nahm stetig zu, der Schlaf war ohne Hypnotikum gut, auch der Stuhlgang ohne Laxantia normal und regelmässig. Anfang November ist Patientin in einer gleichmässig heiteren Stimmung, voller Freude über ihre fortschreitende Genesung. Ihre früheren Klagen haben aufgehört. Sie beschäftigt sich fleissig mit Handarbeit, Lectüre, Briefschreiben, Klavierspielen, nach welch' letzterem sich aber noch bei ihr eine Benommenheit des Kopfes einstellt, die sich mitunter bis zum Kopfschmerz steigert. Hin und wieder gesellt sich auch noch ein leichter Angstzustand hinzu, der, wie Patientin selbst erklärt, durch die Gedanken und Sorgen um ihre Zukunft hervorgerufen wird: Sie fürchte, später, da sie krank gewesen sei, keine Schülerinnen mehr zu bekommen. Im übrigen aber ist das Allgemeinbefinden vollkommen gut, und Patientin wird daher, wenn auch nach längerem Klavierspielen oder einer anhaltenden Thätigkeit sich noch immer eine leichte Ermüdung und Abspannung bemerkbar macht, am 29. December 1890 als geheilt entlassen. Es ist kein Rückfall eingetreten. Frl. K. hat sich wieder ihren früheren Pflichten voll und ganz gewidmet.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Herr B., Kaufmann, 40 Jahre alt, früher immer gesund, klagte seit etwa Mitte August 1890 über allgemeines Schwächegefühl und Appetitlosigkeit, welches ihn bei geistigen Arbeiten sehr störe. Im Urin befanden sich 2% Zucker. Nach einigen Tagen trat heftiger Kopfschmerz hinzu, und bald bemerkten seine Angehörigen eine Aenderung seines ganzen Wesens: Seine Kinder, deren Spielen er früher mit Freude zusah, wurden ihm gleichgiltig, er beachtete weder ihr Spiel, noch antwortete er auf ihre kindlichen Fragen; früher von Morgens bis Abends im Geschäft thätig, gegen die Käufer sehr aufmerksam und entgegenkommend, fertigte er dieselben jetzt nur selten selbst ab, ersuchte seine Frau, die geschäftlichen Schreibereien auszuführen. Er erklärte, er könne ein gewisses Etwas nicht überwinden, welches ihn mit aller Macht von jeder geistigen und körperlichen Arbeit zurückhalte. Oft befällt ihn eine solche Unruhe, dass er nicht eine Minute sitzen kann, sondern fortwährend herumlaufen muss, bald den einen, bald den andern Gegenstand hierbei ergreifend und wieder hinwerfend. Dazu kommen Klagen wie: „Das überlebe er nicht, das Geschäft müsse zu Grunde gehen" etc.; Patient besieht sich immer im Spiegel und behauptet dann, er sähe elend aus, seine Augen wären eingefallen, sein Haar wäre vollkommen ergraut, während alles dieses nicht der Fall ist.

Während er früher über stetes Hämmern im Kopfe klagte, behauptet er jetzt, der Kopf wäre ganz hohl, oder es sässe ihm auf der einen Seite etwas im Kopfe, was er nicht los werden könnte. Da man endlich befürchten musste, dass er Hand an sich legen könnte, wurde er mit seiner Zustimmung am 9. October 1890 in die Maison de santé gebracht.

Patient fühlt sich dort anfänglich höchst unglücklich: „Ich habe doch keine falschen Wechsel gemacht, ich habe kein Verbrechen begangen, ich komme nicht lebendig hier heraus, ich fühle, dass ich meinen Verstand verliere, ich verliere mein ganzes Vermögen, ich will nicht essen und keine Milch trinken, ich will sterben." Patient hat nicht die geringste Neigung zu einer Beschäftigung, er mag nicht lesen, nicht schreiben, nicht spielen, nicht spazieren gehen. Er sträubt sich hartnäckig auch nur das Geringste zu geniessen: „Und wenn Sie mir 100 Thaler geben oder wenn Sie mich ohrfeigen oder halb todt schlagen, ich esse nichts, ich will nichts essen. Es ist ja doch alles vergeblich. Was nützt mir die Medicin, was nützt mir der Garten, nichts kann mir helfen." Bei dem Versuche, ihn zu füttern, bläst er die Suppe vom Löffel weg und hält die Zähne fest geschlossen.

Die Therapie bestand in kalten Einwicklungen und Abreibungen und Abends 3 g Chloralamid. Nach einer Woche schon war eine erhebliche Besserung im Befinden des Patienten bemerkbar. Patient isst alles ihm Vorgesetzte mit grossem Appetit, verlangt selbst nach einer Zeitung, spielt Karten und fühlt sich überhaupt viel wohler. Aber bald wird seine Stimmung wieder trüber, die alten Wahnideen, falsche Wechsel gemacht oder ein Verbrechen begangen zu haben etc., treten wieder auf, beunruhigen ihn und machen ihn zu jeder Arbeit unlustig. Meist geht er schweigsam und unthätig umher. Zu einem Briefe an seine Frau entschliesst sich Patient erst nach wiederholter Weigerung: „Wozu soll das, das nützt ja doch nichts.“ Auch meint er, er könne nicht mehr die frühere Liebe zu seinem Weibe haben, und macht sich geflissentlich älter als er ist. Daneben klagt er noch immer über ein Gefühl von Leere im Kopf, „als wenn alle Gedanken daraus verschwunden seien, sein Gedächtniss habe gelitten, er werde nicht mehr sein Geschäft führen und für seine Familie sorgen können.“ Allmählich jedoch macht das mürrische, ablehnende Verhalten einer gleichmässig zufriedenen Gemüthsstimmung Platz: Patient selbst fühlt sich bedeutend besser, erklärt, es sei thöricht gewesen, sich solche Gedanken, wie ein Verbrechen verübt zu haben, in den Kopf gesetzt zu haben, und wird überhaupt gesprächiger und zugänglicher. Zwar hatte er noch immer mitunter ein Gefühl von gewisser Leere im Kopf, im übrigen aber keine körperlichen Beschwerden, der Urin war jetzt frei von Zucker, der Appetit und Schlaf gut, und so konnte Patient am 9. December 1890 als geheilt entlassen werden. Kein Recidiv.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Herr R., Rittergutsbesitzer, 51 Jahre alt, aus nicht belasteter Familie, früher immer gesund, ist seit 1863 in glücklicher Ehe verheirathet und hat ausser 2 verstorbenen noch 5 lebende Kinder im Alter von 15—23 Jahren. Er lebte in günstigen äusseren Verhältnissen, besuchte wegen Anlage zum Starkwerden jährlich Marienbad, mit Ausnahme des letzten Jahres.

Nachdem Pat. im Sommer 1890 längere Zeit an Schlaflosigkeit gelitten hatte, kam es am 10. September 1890 zum Ausbruch der Krankheit. Herr R. wurde aufgeregt, nahm an der Wirthschaft keinen Antheil, dann brütete er vor sich hin, äusserte, er habe seine Familie durch seine Geschäfte unglücklich gemacht, und glaubte ohne Grund, in pecuniäre Noth gerathen zu sein, zumal das letzte Jahr schlechte Erträgnisse gebracht hatte.

Am 16. September wurde er der Maison de santé zugeführt. Patient war in sehr deprimirter Stimmung, er äusserte: „Mein Seelenschmerz ist so gross, dass ich ganz verzweifelt bin; es ist zu furchtbar, meine blühenden Kinder und mein Frauchen zu verlassen, mit der ich 27 Jahre so glücklich gelebt habe, wir wurden immer unseres Glücks wegen beneidet.“ Auch verweigerte er anfänglich die Nahrung, „weil es ihm ganz unmöglich sei, etwas zu essen“, doch genoss er gegen Abend auf Zureden des Arztes ein halbes Huhn und Reissuppe, und schloss sich darauf auch dem Spaziergange der anderen Herren an, wobei er etwas zugänglicher und mittheilsamer wurde. Er erzählte, dass in der letzten Zeit ein grösserer Verlust und vorher ein freudiges Ereigniss, die Verlobung der Tochter, ihn sehr aufgeregt hätten, und er infolge dessen schon längere Zeit nicht hätte schlafen können, er sei aber sonst geistig ganz gesund und fühle sich in seiner jetzigen Umgebung sehr unbehaglich. Nach 3 g Chloralamid schlief Patient von $9^{1}/_{2}$—6 Uhr mit kurzen Unterbrechungen.

Am folgenden Tage schon war die Stimmung weniger trübe, Pat. hielt sich viel im Freien auf, las und verkehrte mit seinen Mitpatienten. Nach weiteren 3 Tagen konnte man schon die Schlafmittel entbehren, auch der Appetit wurde reger. Trotzdem Patient keine Klagen äusserte, so liessen doch seine Mienen Kummer errathen. Besonders war ihm die Trennung von seiner Familie sehr schmerzlich, und Patient selbst gab an, dass er von seinen trüben Gedanken nicht loskommen könne.

Die Therapie beschränkte sich auf Massage und tägliche kalte Abreibungen Morgens. Nach Verlauf von 3 Wochen zeigte sich eine entschiedene Besserung. Patient beschäftigt sich mit Karten-, Billard-, Klavierspielen u. dgl., unternimmt täglich kleinere und grössere Spaziergänge; nur der Schlaf ist noch immer unterbrochen, besonders das Einschlafen fällt schwer, weil den Patienten der Gedanke zu viel beschäftigt, was aus ihm und seiner Familie werden solle. Doch nachdem auch dieses Uebel sich verloren hatte, konnte Patient am 28. October als geheilt entlassen werden.

Krankengeschichte 4. Eigene Beobachtung. Dysthymie mit hysterischer Färbung und intercurrenten katatonischen Zügen. Fräulein S., 56 Jahre alt, stammt weder von nerven- noch geisteskranken Eltern ab, noch sind irgendwelche psychischen Abnormitäten bei anderen Verwandten zu eruiren.

Pat. war in den Jahren 1854—55 in einer Residenzstadt zur Ausbildung im Klavierspiel, hat später mit grossen Erfolgen und Beifall unterrichtet und dadurch fast vollständig ihre Eltern und Geschwister ernährt; sie ist von gutartigem Charakter, fromm, aber ohne alle äussere Frömmelei, für Andrer Wohl bedacht. Die Begabung ist eine gute, die Menstruation trat im 13. Lebensjahr ein. Im 7. Lebensjahre machte Patientin einen sehr schweren Scharlach durch, in welchem sie fast aufgegeben war; späterhin acquirirte sie einen schweren Typhus. Sie litt in späteren Jahren viel an Husten und Verdauungsstörungen, der Stuhl war einmal diarrhoisch, das andre Mal zeigte sich hartnäckige Obstipation. Von nervösen Symptomen klagte sie häufig über sehr starken allgemeinen Kopfschmerz (Anämie). Mitte März 1871 hatte sie zum letzten Male die Periode; dabei war sie fieberhaft erregt und durch die vorausgegangenen schweren Arbeiten (sie hatte wegen ihrer vielen Stunden kaum Zeit am Tage ruhig zu essen,) sehr geschwächt. Um diese Zeit stellte sich Schlaflosigkeit ein und das Gefühl, die Menschen dächten über sie schlecht. Vorläufig dissimulirte sie noch und theilte nur ihrer Schwester, mit der sie in sehr herzlichem Verhältniss stand, etwas darüber mit.

Nach ungefähr 14 Tagen, nachdem sie noch die letzten Unterrichtsstunden gegeben hatte, sprach sie sich offen ihrer verheiratheten Schwester gegenüber aus und kam nun auf immer neue scrupulöse Ideen, z. B. sie habe ihrem Vater kurz vor dem Tode 2 Morphiumpulver gegeben, und daran sei er gestorben; sie sei nicht genug in die Kirche gegangen; sie habe Schuld am Tode ihres Neffen; sie sei zu freundlich gegen Herren gewesen; das eine Kind ihrer Schwester, sagten die Leute, wäre ihr eigenes, nun sei die Hebeamme gestorben, und infolge dessen könnten die Verläumdungen nicht widerlegt werden; die Leute sagten, sie hätte gewünscht, dass ihre Tante stürbe, damit sie dieselbe beerben könne etc.

Von Zeit zu Zeit bekam die Patientin Präcordialangst, die sich in grosser Unruhe äusserte. In der Nacht verliess sie das Bett, irrte unbekleidet umher, klagte dem zugerufenen Arzt über Herzklopfen und über das Gefühl, als ob sich Alles im Kopfe herumdrehe. Um Mitte April wurde ihr nach einer schlechten Nacht, nachdem sie sich auch noch erkältet hatte, ein warmes Bad empfohlen; im Bade wurde sie ohnmächtig, ihre Arme wurden steif; ins Bett gebracht, wurde sie dort nach einigen Stunden wie im Starrkrampf gefunden (Hysterischer Krampf).

Am 24. Mai wurde die Kranke der Görlitzer Irren-Anstalt überwiesen. Bei der Aufnahme wühlt sich die Kranke viel in der Nase, leckt die Finger ab und isst den Nasenschmutz, kratzt sich am Kopfe und knappert den unter den Nägeln sich ansammelnden Grind aus, zeigt wenig Anstand, ist aber im Allgemeinen ruhig. Sie irrt in der Station umher, ist nicht fähig, eine zusammenhängende Unterhaltung zu führen: „Es kommen hier immer allerlei Schüsseln hereingeflogen mit Essen, wo soll das bleiben — ich denke immer das kommt hier von unten oder von oben — ich weiss ja nicht

— ja, dreimal bin ich im Garten gewesen — ja, ja dreimal im Gange — aber wie das gewesen ist — das weiss ich gar nicht mehr.“ Patientin spricht fortwährend vor sich hin, klagt wie sich besinnend: „Mit den Essengeschichten und mit doppelten Schlössern, wie ist das — ja, das kann Ihnen doch nichts helfen, essen soll ich nicht — es kam mir blos alles so schnell, dass ich nicht wieder herausmachen konnte.“ Zum Fenster hinaussehend, an welchem eine Wärterin vorüberging, rief sie: „Sagen Sie, das Mädchen ist nun auch schon wieder unten, ich möchte blos wissen, ob hier 2 verschiedene Gänge sind, das ist doch noch gar nicht so lange, dass sie Beide hier waren.“ Zur Oberin sagte sie: „Sie haben auch solch dickes Tuch um, und können überall schnell durch, und ich habe so dicke Kleider und kann nirgends durch, das viele Essen hindert mich auch.“

Diese Zustände grosser Rathlosigkeit machten infolge des regelmässigen Anstaltslebens bald einem erheblich ruhigeren Betragen Platz.

Am 5. October schrieb Patientin einen Brief an ihre Schwester. „Liebe .....! Da ich nicht weiss, ob Du den Brief, den ich durch N. N. geschickt, schon erhalten hast, so schreibe ich heute schon wieder. Es geht mir immer noch gar nicht nach Wunsch, die Eigen-Ideen wollen noch gar kein Ende nehmen, und ich kann an keine Besserung glauben und bilde mir immer ein, ich bin schon viel zu gross und schlafe viel zu lange; auch habe ich gar nicht Vertrauen, als könnte ich heraus hier aus Allem. Zweimal bin ich ausgefahren, aber es ist mir immer sehr wunderlich dabei zu Muthe gewesen. Ich glaube wirklich selbst nicht mehr, denn ich bin überzeugt, dass ich ein schlimmes Frauenzimmer bin, das der Menschheit vielen Schaden thut, und doch habe ich nicht die Macht, es zu ändern, oder den richtigen Weg zu zeigen, wie sie es wieder besser machen können. Und so ängstige ich mich auch schon schrecklich, wenn mein Schwager N. N. herkommt, denn dann verlieren ja die Kinder ihren Vater. Ausserdem mache ich auch durch die Kosten, die ich verursache, Euch alle und die ganze Welt unglücklich. Die armen Leute thun mir leid, die sich mit einem solchen Geschöpf, wie ich, plagen müssen, denn ich kann sie ja nicht einmal aus ihrer Unruhe befreien. Es reckt sich bald von der einen, bald von der anderen Seite an mir, und ich kann niemals dem Anderen das Seine wiedergeben oder nur Einem etwas zu Liebe thun. Behaltet nur Alles, schickt mir nur nichts, Ihr habt ja doch schon so viel Geldausgaben und keine Aussicht, dass ich es Euch jemals werde ersetzen können. Wie ich, als ich früher gar keine Gedanken hatte (Patientin meint jedenfalls ihre Eigen-Ideen), war mir eigentlich viel besser zu Muthe.“

Patientin war hierauf in der folgenden Zeit sehr freundlich, heiter, besonders bei irgend welchen Vergnügungen wie umgewandelt, ihr Zustand wurde jedoch bald wieder von einem schlechteren abgelöst, aus dem heraus folgender Brief geschrieben ist:

„. . . . . . . Dass Du (die Schwester) mich nun gar so sehr lobst, denn das muss doch wohl Alles gar nicht sein, dass ich mich für Euer Wohl aufgeopfert, denn dann würde mich ja der liebe Gott nicht durch eine so grässliche Krankheit gestraft haben. Es ist mir auch immer so, als ob ich nirgends los kommen kann, und als ob Alles fest verschlossen ist meinetwegen, Waffen, Wasser und weiss der Himmel, was noch mehr. Ich finde gar nicht mehr den Weg zurück und werde immer grösser und sündiger. Wir haben eben kein Glück, und so verzweifle ich auch an meinem Besserwerden ganz und gar. Ich wünschte nur, irgend einer nähme mir das Leben, damit ich die entsetzliche Angst um Euch und die ganze Welt los würde. Ich denke mir, ich muss zu meiner Strafe ewig leben, die Angst ist stellenweis ganz grässlich; denn ich sehe und höre Dinge, die ich nicht begreife und fühle, was ich nicht verstehe, etwas Ungeheuerliches, was nicht weichen will. Ich höre weinen und jammern, sehe lachen und höre singen, heizen, nähen und stricken und alles Mögliche tragen, und

alles ängstigt mich, denn ich glaube immer, es ist nicht auf der richtigen Stelle und Andere müssen hungern, und ich selbst werde es nächstens müssen. Wir werden nichts mehr zu essen haben, und jetzt ist es meistens zu viel auf einer Stelle, und über der Unordnung geht die ganze Welt zu Grunde, alle menschlichen Anstrengungen sind erfolglos, und selbst Gottes Vaterhand kann nicht mehr helfen. Es ist ganz grässlich! Die Leute schneiden sich die Haare ab und vertauschen sich die Sachen, ziehen von einem Ende zum anderen und es bleibt ewig, ewig gleiche Unordnung. Ich sehe Gesichter einmal hier und einmal dort und am 2. und 3. Tage einmal wieder dasselbe. Das Alles verdrängelt mir nur immer mehr den Kopf . . . Seid mir doch nur nicht böse, dass ich Euch so unglücklich mache. Ich kann wirklich Nichts dafür, und selbst meine armen Eltern im Grabe, die ich so oft als Fürsprecher beim lieben Gott anrufe, die ja so brav gewesen sind, scheinen keine Erhörung zu finden, an unsern Christus traue ich mich nicht zu wenden, der ist zu vollkommen. Für mich möchte es so schlecht wie nur möglich werden, wenn es nur Euch und allen andern Menschen gut geht.“ —

Nach und nach verloren sich die depressiven Affecte, die Stimmung wurde heiter, unbesorgt. Patientin nahm körperlich zu und wäre vollständig geheilt worden, wenn von den Verwandten nicht der Fehler begangen worden wäre, sie schon jetzt aus der Anstalt zu nehmen. Infolge dessen hielt sich die Kranke bei ihrer immer noch labilen Gemüthsstimmung nicht zu lange über Wasser, um so mehr als sie in die alte aufreibende und anstrengende Lebensthätigkeit wieder hineinkam.

Im Jahre 1881 kam sie zum Besuche einer anderen Dame wieder in die Anstalt. Sie klagt über den Magen, dass fast alle Speisen ihr Beschwerden machen; sie kann nicht eine halbe Stunde allein sein, schläft schlecht, klagt sehr über Schmerzen und Angstgefühle, reist bald darauf ab.

Am 1. November 1886 wurde Patientin durch eine Verwandte wiederum in die Anstalt gebracht. Diesmal zeigte die Psychose keine besondere Tendenz zur Heilung. Sie machte von vornherein einen katatonischen Eindruck, welcher Eindruck auch nach einiger Zeit durch die Entwicklung der Psychose bestätigt wurde. Sie nimmt wenig Notiz von den ihr von früher her bekannten Verhältnissen, ist aber orientirt, wo sie sich befindet; sie sieht sehr elend und verfallen aus, stiert müde vor sich hin, wird Abends leicht unruhig, hat Nasenbluten, bohrt mit den Fingern in der blutenden Nase herum, leckt sie dann ab, auch in den After fasst sie mit der Hand, um diese dann wieder in den Mund zu stecken; schläft die ganze Nacht nicht. Am nächsten Morgen ist sie etwas ruhiger, sie läuft oft auf den Corridor, weiss aber nicht, was sie dort will; äussert Vernichtungsideen und redet ihre Umgebung an: „Alle sind gestorben! Sie sind ja schon lange todt,“ sie selbst hätte keinen Kopf, Alles brennend, sie selbst auch, die feuerspeienden Berge sind da. Sie steht mitten in der Stube, den Kopf nach vorn gebeugt, die eine Hand an der Stirn, die andere am Hinterkopf; sie schlief Nachts wenig und nässte ein.

Am Nachmittage des anderen Tages riss sie plötzlich den Mund weit auf und fing an zu brüllen. Schliesslich ging das Gebrüll in Absingen der Tonleiter über. Patientin schloss den Mund gar nicht, verzog das Gesicht, strampelte mit den Beinen, griff planlos in die Luft. Zureden, Bedrohen, Besprengen mit Wasser fruchtete nichts. Der Skandal und die Unruhe dauerte nahezu eine ganze Stunde, während der ganzen Zeit schloss sie den Mund gar nicht; allmählich wurde das Geschrei schwächer, um dann ganz zu verstummen. Pat. delirirt zuweilen, sie sei von Eisen, an den Spiegel gebunden u. s. w., spricht sehr langsam, pathetisch, bewegt die Arme und Hände fortwährend in wischenden Bewegungen. Patientin hält sich eigenthümlich steif, den Kopf vorn über, die Bewegungen sind eckig, der ganze Zustand ist der des katato-

nischen Stupors. Die Spannungen nehmen ab, Patientin zeigt wieder das Rathlose ihres früheren Zustandes, dabei entgeht ihrer Aufmerksamkeit nicht das Geringste, sie sieht und hört und beobachtet Alles, was um sie herum vorgeht, nur weiss sie gar nicht, was das Alles soll, deswegen ängstigt sie sich und ist beständig unruhig. Am Abend vertraut sie dem Arzte, sie habe einen Spaziergang abwarten und dann in die Neisse gehen wollen. Am 8. April 1886 wird sie ganz steif und unbeweglich im Bett angetroffen, die Augen hält sie zwinkernd geschlossen, sie ist nicht zu einer Lebensäusserung zu bewegen, und Anrufen, Schütteln sind ohne Wirkung (Hysterischer Krampf). Die Unruhe nahm wieder zu. Patientin jammert, dass sie Niemand lieb habe, sie müsse Busse thun, ihr Herz sei verknöchert: sie denkt viel an Selbstmord und Entweichung und hallucinirt hin und wieder. Von nun an wechseln gute und schlechte Zeiten mit einander ab, während Patientin Vormittags ziemlich erregt, rathlos und hin und wieder auch verwirrt ist, ist sie Nachmittags, besonders wenn sie spazieren geht oder Einkäufe in der Stadt machen darf, ziemlich vergnügt. Dann äussert sie nichts von ihren Anklagen, Versündigungsideen.

Ihr Zustand besserte sich, und es wurde der Versuch gemacht, sie in das Haus eines Verwandten zur Reconvalescenz zu bringen. Die Wirkung dieser Translocation war keine günstige, und Patientin musste einer Irrenanstalt übergeben werden, in der sie, allerdings unter fortdauernder Opiumtherapie, sich laut Mittheilung in recht gutem psychischen Zustande befinden soll. Patientin nimmt an allem Theil und zeigt keine tieferen Depressionszustände.

Krankengeschichte 5. Eigene Beobachtung. Dysthymie mit episodischen Hallucinationen. Frau B., 62 Jahre alt, stammt aus belasteter Familie. Die Mutter der Patientin ist einige Zeit „melancholisch" gewesen; ihre Kinder sind dagegen nicht nervös. Bei sorgfältiger Ausbildung des gut veranlagten Gedächtnisses und der regen Phantasie sind die geistigen Interessen nicht hervorragend; das Gemüth ist sehr weich und liebevoll. Patientin hatte ihren Mann im Kriege verloren, trauerte seit 1866 um denselben; war überall sehr beliebt und angesehen. Das Temperament ist heiter, in früheren Jahren war es sehr lebhaft.

Im Jahre 1869 hatte Patientin einen Blutsturz nach einer heftigen gemüthlichen Erregung. (Ihr Bruder wurde von der Eisenbahn überfahren.) Sie war nach dem Unglücksfall sehr schwach und erholte sich sehr langsam. Vor etwa 4 Jahren wurde sie leicht deprimirt, machte sich unnöthige Sorgen um ihre Existenz.

Nach einem Besuche ihres Schwiegersohnes, dessen Diener Scabies hatte, hielt Patientin einen leichten Hautausschlag, den sie bekam, für Krätze. Trotz der Beruhigung eines Arztes über das Unschuldige der Affection gerieth Patientin, während eines Besuches bei ihrem Bruder, über die vermeintliche Krätze in furchtbare Angst, erklärte, keine Stunde mehr bleiben zu können, sondern reiste auf dem nächsten Wege nach Dresden. Als sie ihr Schwiegersohn nach einiger Zeit dort besuchte, äusserte sie ihm gegenüber, ihre pecuniären Verhältnisse seien völlig zerrüttet; sie ass deshalb nichts, hatte nicht einmal ein Butterbrod im Hause. Als sie darauf ihren Schwiegersohn wieder besuchte, ging es in der ersten Zeit ganz gut; plötzlich jedoch tauchte die Wahnidee bei ihr auf, dass sie den Krebs habe: Einen kleinen gelben Fleck am Körper hielt sie für Krebs; als derselbe verschwunden war, behauptete sie, nun habe sich der Krebs nach innen gezogen, sei auf die Blase und den Mastdarm übergegangen, sie könne keinen Stuhl und Urin mehr lassen; das sei furchtbar, sie würde ein lebender todter Fleischklumpen werden, nicht leben, nicht sterben können. Es trat Abstinenz ein, um so mehr, als sich eine durch starke Abführmittel nicht zu beseitigende Stuhlträgheit einstellte. Sie wurde in die Görlitzer Irren-Anstalt überführt.

In der letzten Zeit vor ihrer Transferirung in die Anstalt war Pat. sehr deprimirt, weinerlich, zum Theil in voller Verzweiflung. Es bestand absolute Abulie und psychische Anästhesie; in einem Angst-Paroxysmus schlug sie sich mit einem Stiefelknecht wiederholt und heftig an den Kopf. Der Schlaf fehlte in letzter Zeit fast ganz.

Bei ihrer Aufnahme erzählte sie dem Arzt in ziemlich ruhiger, aber sehr weitschweifiger, vielfach abspringender Weise von ihrem vermeintlichen furchtbaren Leiden. Es machte dabei die Art und Weise, wie sie von sich immer in der Mehrheit sprach, einen höchst komischen Eindruck: „Sehen Sie, da haben wir also den Krebs, eine Behandlung hilft uns durchaus nichts, wir erzielen kein Resultat mehr, wenn wir auch allenfalls Urin erzielen, Stuhl bekommen wir wie früher doch auf keinen Fall mehr." Die Quintessenz ihrer langathmigen Erzählung war, dass sie am Krebs der Blase, der Gebärmutter und des Mastdarms leide. Sie sei verkehrt behandelt worden: „Wir haben da einen Fehler gemacht". Zuerst habe sie an der Bauchhaut eine rothe Stelle gehabt, das sei der Krebs gewesen, der sei verschwunden und habe sich dafür nach innen auf besagte Theile gezogen. Nun könne sie keine Entleerung, weder Stuhl noch Urin, haben und daher auch nichts essen, denn wo solle das hin; ihr stehe das furchtbarste Schicksal bevor, sie werde hier jedenfalls zum Essen gezwungen werden, bis oben herauf vollgepackt werden, und dann trete das Entsetzliche ein, was sie allerdings selbst noch nicht einmal kenne und von dem sie nicht wisse, wie es ihr bekomme. Patientin unterbrach ihren Redefluss durch Thränen und lauten Jammer, beruhigte sich aber stets sehr bald wieder.

Der Wahn der Krebserkrankung trat allmählich zurück, dafür etablirte sich aber grosse Angst vor der Zukunft; Pat. hatte schiessen gehört und glaubte, das gelte ihr. Im Garten versucht sie, sich auf die Erde zu werfen, jammert über ihr furchtbares Elend: Sie werde gewiss gemartert oder zerstückelt oder in „glühendes Wasser" geworfen. Patientin hatte grosse Angst, dass ihre Kinder mit in's Unglück gezogen wären; sie müsse zu sehr gesündigt haben, das sei ihr letzter Tag, dabei werde sie wohl aus dem Bett gerissen werden; alle Welt verachte und verhöhne sie. Sie behauptet plötzlich, es würde von einer anderen Villa der Anstalt auf sie geschimpft, sie habe deutlich das Wort „Saumensch" gehört; sie behauptet, die Arbeiter auf dem Bau (ein Theil der Anstalt wurde umgebaut) sprächen über sie, sie höre ganz deutlich: „Was hat denn die Frau N. N. wieder für eine schwarze Haube auf?" Es zeigten sich ausserdem hydrophobische Symptome, Patientin hallucinirte hin und wieder sehr stark von Schuster- und Bäckerjungen, welche sie heirathen sollte; alle ihre Anverwandten seien todt u. s. f. Allmählich besserte sich der Zustand, und Patientin verliess versuchsweise die Anstalt.

ZWEITES CAPITEL.

Hyperthymie (maniakalische Exaltation).

I. Allgemeines Bild (vgl. Dysthymie).

§. 265.

Unter Hyperthymie verstehe ich eine Steigerung der Thätigkeit der ganzen psycho-motorischen Sphäre, das gerade Gegentheil der Dysthymie; diese erhöhte Leistungsfähigkeit documentirt sich durch einen sehr beschleunigten Ablauf des Vorstellungsmechanismusses, durch raschere und exactere Begriffsbildung. Dabei besteht für den Kranken ein seliges

Lustgefühl, welches sich auch in seinem Aeusseren wiederspiegelt, die echte Euphorie. Da die Kranken sich im Bewusstsein ihrer Vollkraft fühlen, so beobachtet man häufig an ihnen eine gewisse Opposition gegen Recht und Gesetz; für sie existiren nicht die Grenzen, welche die Sitte und gesellschaftlicher Ton eng gezogen haben. Der Unterschied von der Manie einer Paraphrenie ist der, dass es erstens kein melancholisches Vorstadium giebt, aus dem heraus sich der Erregungszustand entwickelt, zweitens geht die Hyperthymie in keine andere Zustandsform über und schliesslich erreicht sie kaum die Höhe der Manie, es kommt selten zu Tobsuchtsparoxysmen, und dann nur episodisch. Natürlich schwanken auch bei der Hyperthymie die Aeusserungen der Psychose in ihrer Intensität. Ebenso wenig wie mit der Manie ist das hyperthymische Krankheitsbild mit demjenigen der reactiven Elation nach einer abgelaufenen Dysthymie zu verwechseln.

Unter reactiver Elation verstehe ich einen Zustand, in welchem der von seiner psycho-motorischen Hemmung befreite Kranke noch nicht die Herrschaft über die Intensität seiner Gefühle wiedergewonnen hat. Derartige Reconvalescenten, vorzüglich aus dysthymischen Zuständen, aber auch z. B. nach Morphiumentziehungen, sind, was man mit dem vulgären Ausdruck belegt, sehr nervös. Ihr ganzes Gebahren spricht sich in einer hohen Emotivität aus, welche sie eine Zeit lang als unruhige, erregte und sehr „sensible" Individuen erscheinen lässt. Sie machen den Eindruck, als ist ihnen gewissermaassen ihre Haut zu eng, als müssten die angesammelten Spannungskräfte um jeden Preis heraus; und dabei ist ein plötzlicher Umschwung der Stimmung und des Benehmens nichts überaschendes. Wenn ich vielleicht der Anschaulichkeit wegen ein Gleichniss anführen darf, so ist es das Bild eines an einem Ende befestigten elastischen horizontalen Stabes, welcher am freien Ende niedergedrückt ist. Von seinem Druck befreit, schnellt er empor und vibrirt um seine eigentliche Ruhelage noch längere Zeit auf und nieder, bis er nach und nach zum Stillstand kommt. So ist es auch bei dem in reactiver Elation befindlichen Dysthymiker: Bald ist er deprimirt, bald „himmelhoch jauchzend" und dabei überaus empfindlich. Erst nach und nach stellt sich die Stabilität der Gefühlslage wieder her.

II. Aetiologie, vgl. Dysthymie.

III. Symptomatologie.

§. 266.

1. Psychische Symptome. Wenn man den ganzen Zustand charakterisiren will, so bezeichnet man ihn am besten mit dem Worte: Pathologisch gesteigerte Euphorie. Man erhält auch von solchen

Kranken auf die Frage nach ihrem Befinden stets die Antwort: „Mir geht es ausgezeichnet, ich fühle mich so wohl wie noch nie.“ Dabei leuchten die Augen von Glück und Seligkeit, die ganze Haltung und das Gebahren giebt das Gefühl des Selbstvertrauens, des ungebundensten Kraftbewusstseins deutlich wieder; Ausgelassenheit, Uebermuth, daraus entspringende Wander- und Reiselust, überhaupt das Verlangen, jeden Augenblick einen neuen Sinnesreiz sich zu verschaffen, geben dem Bilde des Hyperthymischen eine charakteristische Abtönung. Da die Eindrücke der Aussenwelt rascher und exacter appercipirt werden, aber demzufolge auch schneller wieder an ihrem Reiz auf die Sinnesorgane einbüssen, so setzen sie eine so grosse Ueberfüllung des Bewusstseins, dass ein solcher Kranker einem Krater vergleichbar ist, dessen Explosion jeden Augenblick bevorsteht. Infolge dieser inneren Spannung, bei der mehr aufgenommen als ausgegeben wird, kann es durch Verweigerung von Wünschen, die dem Kranken auf Grund seines gehobenen Selbstgefühls stets erreichbar erscheinen, und durch seine Unfähigkeit, die sich in ihm abspielenden psycho-motorischen Erregungsvorgänge in Schranken zu halten, zu explosiven Handlungen kommen.

2. Psycho-motorische Symptome. Trotz dieser scheinbaren Ungebundenheit der Handlungsweise ist das Bewusstsein, wie es in der Manie einer Paraphrenie der Fall ist, keineswegs gestört oder aufgehoben. Dennoch besteht Krankheitseinsicht ziemlich selten, dem Kranken erscheint sein ganzes Gebahren natürlich, erlaubt, richtig und, wenn es Männer sind, schneidig.

Die Steigerung in den Aeusserungen der psycho-motorischen Sphäre zeigt sich nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 366) in Wanderlust, in Hang, Wirthshäuser zu frequentiren, alte Freunde und Bekannte aufzusuchen, Merkwürdigkeiten zu sehen, ferner in Schreibsucht, Kauflust. Der Kranke erscheint zudringlich, prahlerisch, rechthaberisch, unstät und bei aller Geschäftigkeit unfähig, das zu vollenden, was er sich vorgenommen hat. Entweder ist es der Rededrang, der besonders hervorsticht, oder das gesteigerte Wollen. Dieses spricht sich häufig im Drange zum Stehlen, zum Sammeln aus, theils aus hemmungsloser Begierde, welche auf Nahrungs-, Genussmittel, Pretiosen oder auch auf Geld, als Mittel zum Zweck gerichtet ist, theils aus Muthwillen, Bosheit, Lust, Anderen Verlegenheiten zu bereiten, aus Thätigkeitsdrang; oder es ist die heitere Stimmung in überschwänglicher erotischer und religiöser Färbung. Ebenso etablirt sich sehr häufig ein ungestümes Verlangen nach Spirituosen.

Dass Sinnestäuschungen auf irgend einem Gebiete aufgetreten seien, ist mir bei diesen einfachen Formen der Erregung nicht zur Beobachtung gekommen. Hallucinationen scheinen mir keineswegs ausgeschlossen, sie sind aber dann nur, wie bei der Dysthymie, episodisch.

3. Sexuelle Sphäre. Wie auf allen Gebieten des Seelenlebens eine grössere Activität zu Tage tritt, so sehen wir auch auf dem Felde der geschlechtlichen Thätigkeit eine Steigerung der Triebe und Begierden sich entwickeln. Der unverehelichte Kranke hat die schwierigsten Heirathsprojecte, er spricht nur von sexuellen Angelegenheiten, mitunter in der obscönsten Weise ganz ungenirt, es tritt eine förmliche Brunst zu Tage, die zu den schamlosesten Handlungen führen kann. Bei Frauen kommt es zu nymphomanischen Zuständen, kleinen Attaquen gegen das andere Geschlecht; begehrende Blicke, üppige, sinnesanreizende Stellungen, schamloses Entblössen der Reize etc. geben dem Krankheitsbilde den charakteristischen Zug der Hyperthymie bei Weibern, aber alles doch in geringerem Maasse, und bei dem gelinden Schwachsinn des Weibes überhaupt, in schwacher, lächerlicher Art.

IV. Dauer und Prognose.

§. 267.

Die Dauer kann Tage bis Monate betragen, mit Remissionen und Exacerbationen. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig.

V. Therapie.

§. 268.

Bei der Behandlung der Hyperthymie sind vor allem drei Punkte zu berücksichtigen: 1) Ruhe für das leicht reiz- und erschöpfbare Gehirn. Abhaltung der störenden, eventuell aller Ansprachen von aussen, Beförderung des Schlafs. 2) Bekämpfung der Fluxionen zum Kopfe. 3) Hebung der Ernährung.

Ad 1: a) Somatische Behandlung: Isolirung je nach der Erregbarkeit des Kranken, event. Bettruhe und dann besonders kühle Bäder, 12—16° R., 8—10 Minuten lang, mit Eisumschlägen.

b) Was die psychische Behandlung anbetrifft, so ist vor allem für Ruhe und Abhaltung von Reizen zu sorgen. Im Verkehr mit den Kranken beobachte man Milde und Wohlwollen, aber Bestimmtheit. Ferner lasse man sich nie eine Unwahrheit zu Schulden kommen, denn der Hyperthymikus hat ein gutes Gedächtniss.

Als Schlafmittel benutze man Paraldehyd, Sulfonal, abendliche kalte Bäder; häufig erzielt man auch mit Einwicklungen gute Resultate. Hyoscin ist ein wirksames Beruhigungsmittel in schweren Fällen, doch ist Vorsicht bei dessen Anwendung geboten. Bei Frauen 0,005—0,008 bis 0,01; bei Männern 0,01—0,02 vorsichtig; eine Tagesgabe genügt; am besten giebt man es innerlich.

Digitalis, Ergotin wird empfohlen, doch habe ich von denselben keine günstige Wirkung gesehen.

Bei den schwereren Fällen, in welchen die Erscheinungen der Ideenflucht und des Bewegungsdranges vorzugsweise walten, in welchen es sich also wesentlich nur um eigentliche regulatorische Störungen handelt, gebe man Opium; täglich dreimal zehn Tropfen Opiumtinctur, bis zu dreimal vierzig Tropfen. Trotz leicht eintretender, unangenehmer Nebenwirkungen (Verminderung des Appetits und Erbrechen, Somnolenz, Cyanose mit Aussetzen des Pulses, Unregelmässigkeit der Herzaction), zeigte sich die hypnotische Wirkung dadurch an, dass bei grossen Dosen die bis dahin schlaflosen Kranken in der Nacht in ruhigen anhaltenden Schlaf verfielen. Die hauptsächlichste Erscheinung quoad sanitatem ist der Nachlass der regulatorischen Störungen: Die Ideenflucht wird geringer, die Kranken finden Zeit zur Sammlung, zeigen mehr Einsicht, und ist es zu episodischer Bewusstseinsstörung gekommen, so erkennen sie ihre Umgebung wieder und werden ruhiger. Diese Wirkung tritt in der Regel ziemlich bald, schon bei Darreichung von mittleren Dosen hervor; sie tritt zurück, wenn die Dosis vermindert, oder Gewöhnung an dieselbe eingetreten ist, und lässt sich bei weiterer Steigerung der Dosis wieder hervorrufen. Was den Gesammtverlauf anbetrifft, so ist eine günstige Wirkung nicht in gleich hervorragender Weise bei allen Fällen zu constatiren. Bezüglich des Geschlechts zeigt sich ein Unterschied in der Wirkung des Opiums: Erstens sind die Erfolge bei Frauen günstiger, zweitens werden grosse Dosen von Frauen besser vertragen; selbst bei dem Anstieg bis auf 200 Tropfen pro die ist von Ziehen eine Steigerung des Ernährungszustandes einzelner Patienten beobachtet worden. Die Kranken reagiren anders auf das Medicament als die Gesunden; trotz langer Gewöhnung an dasselbe (Fürstner) treten keinerlei Erscheinungen bei der Entziehung auf, namentlich kein Collaps, keine Pulsveränderung.

Ad. 2. Bei Kopffluxionen vermeide man Kopfdouchen, dagegen wende man die lauen Bäder an; bei den protrahirten Formen die kalten als psychisch wirkend. Nie sind Aderlässe anzuwenden, Eisbeutel und Hirudines helfen bei heftigeren Fluxionszuständen, sonst genügen Priessnitz'sche Umschläge.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Dr. S., 27 Jahre alt, Arzt, aus gesunder Familie stammend, zeigte schon in der Jugend ein sehr ausgelassenes und oft Anstoss erregendes Wesen. Vor zwei Jahren übernahm er die Vertretung eines sehr beschäftigten erkrankten Physikus, und hatte in dieser Stellung eine anstrengende Thätigkeit, um so mehr als er auch noch häufig Nachts an dem Lager des erkrankten Arztes wachen musste. Aerger, Aufregung und fehlgeschlagene Hoffnungen kamen hinzu und brachten den sehr kräftig gebauten Mann körperlich herunter, während sich in seinem Wesen bald eine bedeutende Veränderung wahrnehmen liess.

Er excedirte in venere et baccho, wurde sehr leicht heftig und gerieth mit Jedermann in Streitigkeiten; er machte unsinnige Fahrten und Ritte, fuhr mit einem Velociped auf dem Perron des Bahnhofes umher, auf dem eben ein zahlreiches Publikum die Ankunft des Kaisers erwartete, und ähnliches mehr.

Ein Aufenthalt in einer Kaltwasserheilanstalt brachte keine Besserung, ebenso wenig ein solcher in einem Ostseebade, wo er des Nachts bei hohem Seegange weite Bootfahrten in's Meer hinaus unternahm und nach Anerkennung für solche Bravourstücke geizte. In der Maison de Santé, in welche er im Juli 1890 aufgenommen wurde, zeigte er ebenfalls ein sehr leicht erregbares Wesen, und lag beständig in Zank mit den Mitpatienten und den Wärtern, der zuweilen sogar in Thätlichkeiten ausartete. Dabei war seine Stimmung eine sehr wechselnde; er weinte leicht und viel, konnte aber im nächsten Augenblicke schon wieder scherzen und sich lebhaft an einem Gespräche betheiligen. Bei der Unterhaltung führte er stets das grosse Wort und konnte Widerspruch nicht vertragen; er erzählte viel von seinen riesigen Erfolgen in der Praxis, von seinen hohen Patienten und sprach oft von Zukunftsplänen, die er in rosigsten Farben ausmalte. Ein hoher Grad von Opposition und Unfügsamkeit machte ihn zu einem wenig leidlichen Menschen. Krankheitseinsicht bestand niemals, auch nicht als Patient nach längerem Aufenthalte in der Anstalt nach einer ruhigen Gegend zur weiteren Behandlung entlassen wurde. Lähmungserscheinungen irgend welcher Art sind nie beobachtet worden.

Die hyperthymischen Erregungszustände sind vollständig abgeklungen, und Patient hat seinem Beruf wieder nachgehen können.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Frau M., Arztgattin, stammt aus durchaus gesunder Familie. Eine Schwester machte nach dem ersten Wochenbett einen Erregungszustand von $6^1/_2$ monatlicher Dauer durch, der bisher (ca. zwölf Jahre) nicht recidivirt ist. Patientin selber war bei guten geistigen Fähigkeiten leicht zu Erregungen geringeren Grades von je her geneigt. Als 17 jähriges Mädchen gerieth sie infolge eines ihr gemachten Heirathsantrages in einen länger dauernden Erregungszustand, der über Nacht in die grösste Unruhe ausartete. Sie sprach unaufhörlich über ein und denselben Gegenstand und wurde vollkommen schlaflos. Sie wurde am 29. September 1872 in eine Privatanstalt gebracht, dort war sie zuerst weiter aufgeregt, schlaflos und redselig, besudelte eines Tages ihr Zimmer mit Koth, zeigte sich vom 12. October ab melancholisch gestimmt und bot erst im Januar 1873 Zeichen von Besserung. Sie wurde am 8. Februar 1873 als geheilt entlassen. Patientin heirathete mit 19 Jahren, machte vier Wochenbetten durch und verlor zwei Kinder durch den Tod, ohne Spuren einer geistigen Störung zu zeigen. Der Gatte schildert sie als eine lebhafte Frau während der $16^1/_2$ Jahre dauernden Ehe; sie sei immer heiter, gesprächig, gutmüthig und wohlthätig gewesen, andererseits von oberflächlichem Urtheil, im Handeln leicht unüberlegt, flüchtig und schlechte Rechnerin. Sie wusste ihre Dienstboten nie recht zu behandeln, so dass sie von ihnen ausgenützt wurde und in Verlegenheit mit ihrem Wirthschaftsgelde gerieth. Obwohl sie selbst in immer grössere Sorge gerieth, verheimlichte sie es dem Gatten. Sie entliess Anfang October 1890 ihre Mädchen, da sie einsah, dass sie nur Schaden von ihnen hatte. Sie machte sich nun Selbstvorwürfe, ass wenig, wurde schlaflos und magerte ab. Am 9. October 1890 war sie sehr erregt, sprach unaufhörlich, besorgte im Haushalte nichts und wurde in ihren Reden ausfallend und höhnisch. Am 10. October äusserte sie, dass die entlassenen Mädchen einen Einbruch geplant hätten, und liess sich durch die einfachsten Gründe, die dagegen sprachen, nicht überzeugen. Sie redete in unaufhörlicher Folge von den verschiedensten Dingen, bis sie ermattet auf 1 bis 2 Stunden einschlief; war sie allein, so hörte sie mit Sprechen auf. Dabei

zeigte sie eine Ueberschätzung ihrer Person: sie wollte mehr als ein Rechtsanwalt, als ein Arzt, als irgend eine Hausfrau verstehen und wurde durch Widerspruch sehr gereizt. Ueber ihrem Sprechen liess sie das Essen stehen: beim Klavierspielen jagte sie die Stücke ab, spielte dabei viel falsch, während sie sonst gut gespielt hatte. Einige Male traten für kurze Zeit Pausen scheinbarer Ruhe ein. Schlaf wurde durch 2,0 Sulfonal und 0,01 Morphium erzielt. Da sie merkte, dass man sie in eine Anstalt bringen wollte, sträubte sie sich, und erst durch List konnte sie dahin geführt werden. Sie wurde am 18. October 1890 in die Maison de santé zu Schöneberg aufgenommen.

Sie sprach fortwährend, schimpfte auf ihren Mann, der sie erst schlecht behandelt, dadurch gereizt und nun in's Irrenhaus gebracht habe. Sie wurde so laut, dass sie auf die Abtheilung für unruhige Kranke gelegt werden musste. Nachdem sie nach 2,0 Sulfonal gut geschlafen hatte, war sie ruhiger. In ihr erstes Zimmer zurückgebracht, erklärte sie, sie habe gestern nur deshalb geschrieen, weil sie glaubte, dann hinausgeworfen zu werden; jetzt sehe sie ein, dass sie damit hineingefallen wäre, und verspreche ruhig zu sein. Bald jedoch schimpfte sie wieder über ihren Mann und Schwager, der ebenfalls Arzt ist; beide hätten sie hierher gelockt; sie werde es anzeigen, wie sie von ihrem Manne behandelt sei, und wie auch ihr Schwager seine Frau schlecht behandele. So redete sie den ganzen Tag, wobei sie oft mit den Füssen stampfte. Körperlich befindet sie sich wohl, obgleich sie noch recht angegriffen aussieht; der Appetit ist gut, der Stuhlgang normal.

20. October 1890. Nachdem Patientin wieder nach 2,0 Sulfonal gut geschlafen hatte, fing sofort nach dem Erwachen das Sprechen wieder an: „Ich kann mir die Haare ausraufen, wenn ich aufwache und denke, dass ich mich im Irrenhause befinde. Was müssen die Leute denken? Ich kann mich in der . . . strasse nicht wieder sehen lassen. Nach Berlin gehe ich nicht wieder zurück, sondern nach Moabit zum Gericht und reiche die Scheidung ein ohne Rechtsanwalt; denn ich bin klüger als ein Rechtsanwalt. Aber mein Mann muss einen Rechtsanwalt haben, der versteht es nicht, sich zu vertheidigen, der ist zu dumm. Mein Mann ist blind, er hat sich von meinem Schwager beirren lassen, zu einem blinden Manne gehe ich nicht. Der dirigirende Arzt der Maison de santé hat den falschen Patienten in's Irrenhaus gelockt; mein Mann muss hierher, der ist krank, er leidet an Ohrensausen, und das geht nach dem Gehirn. In der Familie meines Mannes liegt der Irrsinn, nicht in der meinigen, aber mich bringt er in's Irrenhaus. Die fromme Schwester, die mir mein Schwager gebracht hat, hat mich nur aufgeregt und hat nur Theater mit mir gespielt. Die anderen Patientinnen auf der Beobachtungsstation sind alle verrückt; die eine sagte, sie hätte ein karikirtes Gehirn und ein tätowirtes Kleid, und dann sagte sie wieder, die Doctoren hätten ihr Gehirn gestohlen. Da habe ich ihr gesagt, die sollen ihr das Gehirn wiedergeben, die sind Spitzbuben. Zu solchen Kranken hat man mich eingesperrt; ich bin ganz gesund, mein Verstand ist so normal, wie der Verstand der ganzen Doctoren zusammen nicht ist. Ich bin nur künstlich aufgeregt worden durch meinen Mann und meinen Schwager; er hat gesagt, ich bin ein Ochse, ich bin verrückt und kann nicht kochen. Ich wollte schweigen, aber mein Mann hat das in Gegenwart der Dienstmädchen gesagt. Und mein Schwager behandelt seine Frau schlecht. Ja, vor der Welt ist er der Graf, der Baron, der Unnahbare, von Amsterdam (?), und im Geheimen ist er ein Schuft, ein Schurke. Er hat drei Häuser und seine Frau keinen Groschen zur Pferdebahn und keinen Unterrock anzuziehen. Ich, seine Frau, muss mir einen Unterrock borgen von meiner anderen Schwester, der Frau L . . . ., meiner ältesten Schwester. Die ist auch so nichtswürdig und war damals so faul, mir ein Abführmittel zu geben, als ich sechzehn Jahre war, sie hat mich da auch in's Irrenhaus gebracht: ich war so gesund, wie ich es heute bin. Von mir können alle Aerzte lernen, von meiner Person nicht,

aber aus meinem Falle, ja, wie eine Frau durch die schlechte Behandlung des Mannes in's Irrenhaus kommen kann. Die Aerzte sollten sich doch nicht verheirathen, denn die verstehen keine Frau zu behandeln. Wenn den Aerzten die Frau nicht gefällt, so bringen sie sie in's Irrenhaus. Denn so ein Arzt kann ja seinen Beruf als Deckmantel seiner Schurkerei benutzen. Wenn zwei Aerzte sagen, eine Frau ist verrückt, nun dann ist sie es, wenn die Frau auch ganz gesund ist, wie ich es bin. Die Aerzte sind ja Vertrauensmänner wie die Rechtsanwälte, denen wird immer geglaubt. Wer mir was thut, wer mich in die Zelle bringt, wie das der Doctor gethan hat in der ersten Nacht hier, der bricht sich Hals und Genick, oder der liebe Gott schickt ihm einen Schlaganfall. Ich vertraue auf Niemand weiter, wie auf den lieben Gott, der wird mich nicht verlassen, wenn auch die Menschen mich verlassen. Ich bin jetzt schon Wittwe und Waise. Von meinen Verwandten will ich nichts mehr wissen. Ich habe nichts mehr als einen Sohn, die Anderen sind für mich nicht mehr da. Der grosse Junge hat sich schon seit zwei und einhalb Jahren von seiner Mutter gewandt, von dem will ich nichts mehr wissen, das ist ein so gelehrter Hund wie sein Vater und er war der tüchtigste Schüler in der Klasse. So lange ich lebe, darf sich mein Sohn nicht verheirathen, denn der würde seine Frau ebenso behandeln und sie in's Irrenhaus bringen“ u. s. w.

21. October. Patientin schlief ohne Mittel fünf Stunden. Der Appetit ist leidlich.

23. October. Patientin schlief in zwei Nächten mit je 2,0 Sulfonal 11 Stunden. Die Erregung ist unverändert.

28. October. Wegen starken Lärmens muss die Patientin wieder auf die Beobachtungsstation verlegt werden. Sie wurde erst ruhiger, nachdem sie ganz allein im Zimmer gelassen war.

2. November. Patientin spricht unaufhörlich weiter, sobald sie nicht allein ist. Beginn der Menses. Stuhlgang normal.

5. November. Menses dauern profus fort. Patientin fühlt sich schwach. Schlaf immer noch nach 2,0 Sulfonal gut.

7. November. Nach Gebrauch von Extr. fluid. Hydrast. canad. haben die Menses aufgehört. Patientin liegt matt, beschäftigungslos auf dem Sopha.

10. November. Patientin ist ruhiger, verlangt zu lesen, weist aber die Lectüre zurück, da sie nicht „sinnig“ sei. Die Zeitungen und Bücher seien karikirt und eigens für die Anstalt gedruckt. Sie sähe jetzt, dass sie nervös sei und hier gesund werden könne, aber ihr nervöser Mann hätte sie erst so nervös gemacht. Der Schlaf ist ohne Mittel unregelmässig, der Appetit ausreichend, der Stuhlgang regelmässig.

11. November. Nachdem Patientin heute auf ihr Zimmer zurückverlegt worden ist, spricht sie dem Arzte ihren Dank in überschwänglichen Worten aus.

16. November. Patientin befolgt alle Anordnungen des Arztes gewissenhaft und ist ihm gegenüber äusserst höflich, ja unterwürfig. Sie hat Handarbeiten begonnen, legt sie aber bald bei Seite; sie bittet um Lesestoff, bezeichnet aber einen ihr vorgelegten Band von Westermann's Monatsheften als crassen Unsinn. Appetit und Stuhlgang sind regelmässig, der Schlaf bedarf der Nachhülfe.

20. November. Die Gesprächigkeit dauert in gewissem Maasse noch fort, sie bemüht sich aber sichtlich, wie sie sich ausdrückt, nach den Vorschriften der Schweigekur zu leben.

24. November. Patientin weist alle Lectüre zurück, da sie noch nicht ruhig lesen könne.

1. December. Die Schwatzhaftigkeit steigert sich wieder. Patientin erzählt von einer Dame, die sie im Garten gesprochen habe, dass sie eine Künstlerin sein müsse, da

sie ihr zu ihrer Belustigung Komödie vorspiele. Die Frau habe ihr erzählt, dass sie elf Söhne hätte; sie sei also wirklich eine Künstlerin. In einer Station würde Flöte gespielt, und da hier alles Zauberei sei, müsse das die Zauberflöte sein. Auch beklagt sie sich, dass ihre Wärterin mit ihr Unsinn mache.

2. December. Die Periode ist eingetreten, Patientin sieht etwas angegriffen aus.

6. December. Nach Ablauf der Periode ist Patientin immer noch sehr erregt. Sie beklagt sich, dass die Herren im Nebengarten sich über sie lustig machen, auch hätte ein Herr im Musikzimmer, als sie dort durchging, die Melodie: „Du bist verrückt, mein Kind" gespielt. Der Schlaf bleibt noch zuweilen aus, wenn kein Sulfonal gegeben wird.

20. December 1890. Patientin zeigt sich immer noch sehr schwatzhaft und verlangt „sinnige" Bücher. Sie beginnt jetzt, sich körperlich etwas zu beschäftigen, indem sie ihr Zimmer Morgens selbst in Ordnung bringt. Der Schlaf ist jetzt ruhig ohne Schlafmittel. Patientin achtet sehr auf ihre Toilette und Frisur und sieht auch besser aus.

5.—8. Januar 1891. Periode. Sie hat in dem Zustande zunehmender Beruhigung keine Verschlimmerung hervorgebracht.

8. Januar. Patientin macht dem Arzte Vorwürfe, dass er sie vor dem ganzen Hause compromittirt habe. Sie habe ein rothes Tuch im Garten gefunden, das sei doch von ihm hingelegt worden, um allen Leuten zu zeigen, dass sie ihn lieb habe. Sie gäbe zu, dass sie ihn gern habe, aber sie sei doch verheirathet. Was sollten die Leute davon denken. Patientin lässt sich durch keinerlei Vorstellungen von der Irrigkeit ihrer Meinung überzeugen.

10. Januar. Da Patientin noch immer sich über das rothe Tuch beklagt, so übernimmt ein anderer Arzt ihre weitere Behandlung.

11. Januar. Patientin will den früheren Arzt wieder haben, da es sonst Gerede gäbe. Er habe sich immer taktvoll benommen, und es thäte ihr leid, dass sie den Fund des Tuches so hätte deuten müssen.

15. Januar. Patientin hat sich noch nicht ganz über den Vorfall beruhigt. Sie bittet ihren neuen Arzt, es ihr nicht übel zu nehmen, wenn sie den früheren zurückwünsche, sie thäte es der Leute wegen. Sie sei mit ihm sehr zufrieden, da er nicht so streng wäre, der vorige sei so sehr streng gewesen. Sie äussert sich ähnlich in einem Briefe an ihren Gatten, den zu schreiben, ihr erlaubt worden ist.

17. Januar. Patientin bittet den Arzt, nur des Morgens Visite zu machen, denn sie rechne sich nicht zu den Kranken; man solle ihr doch mehr Freiheit gewähren, sie öfter ausgehen und Klavier spielen lassen, sie überhaupt mehr collegial behandeln.

20. Januar. Patientin ist ruhiger, spricht aber noch gern rasch. Beim Klavierspielen spielt sie noch sehr hastig und auch vieles falsch. Wenn die Zeit zum Spazierengehen kommt, wird sie ungeduldig und beklagt sich über die Unpünktlichkeit der sie begleitenden Wärterin.

3—6. Februar. Periode. Patientin bittet, ihr den Verkehr mit anderen Patienten zu gestatten. Sie sei doch nicht mehr krank, aber sie würde am allerstrengsten, ganz uncollegial behandelt.

10. Februar. An ihre früheren Aeusserungen über die Lectüre und das rothe Tuch erinnert, macht sie Geberden, als wenn sie nicht daran erinnert sein wollte, und sagt, das sei ihr damals so vorgekommen, sie wolle jetzt glauben, dass sie sich geirrt hätte. Betreffend der Zauberflöte meint sie, das sei nur ein Scherz gewesen; auch sei die Patientin, die sie für eine Künstlerin angesehen hätte, eine wirkliche Patientin, und zwar sei dieselbe sehr krank. Der Schlaf, Appetit und Stuhlgang sind normal.

20. Februar. Patientin hat öfters Briefe an ihre Angehörigen in durchaus verständigem Tone geschrieben. Sie fragt schon viel, wann ihre Entlassung gestattet würde. Sie hat ein Zimmer nach der Strasse bekommen, ist darüber sehr erfreut und sitzt viel am Fenster, mit Lesen oder Handarbeit beschäftigt.

26. Februar. Patientin hat nach dem Besuch ihres Schwagers den ihres Mannes empfangen und ist darüber sehr erfreut. Obwohl sie heute lebhafter als an den Tagen vorher ist, sagt ihr Gatte doch aus, dass er sie höchst selten so ruhig gesehen habe.

3.—5. März. Periode. Patientin zeigt keinerlei Erregungen. Sie befindet sich körperlich ganz wohl.

9. März. Patientin wird als geheilt entlassen.

ZWEITER ABSCHNITT.

Paranoësieen.

ERSTES CAPITEL.

Paranoia, primär veranlagte Verrücktheit (originäre — Sander).

Litteratur.

Sander: Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit. Griesinger's Archiv 1868, Bd. I. Heft 2. — Neisser: Ueber die originäre Verrücktheit (Sander). Archiv für Psych. Bd. 19 Heft 2. — Snell: Die Ueberschätzungsideen der Paranoia. Jahres-Versammlung in Hannover 1889. — v. Krafft-Ebing: Lehrbuch p. 433 f. — Schüle: Lehrbuch p. 475 f. — Kraepelin: Psychiatrie p. 324 f. — Savage-Knecht: Klin. Lehrbuch p. 284 f. — Salgó: Compend. p. 258 f. — Meynert: Klin. Vorlesungen p. 140f.: Paranoia, primäre Verrücktheit, chronischer, partieller Wahnsinn. Verfolgungswahn, Grössenwahn. — Orschansky: Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia. — Werner: Ueber die psychiatrische Nomenclatur „Verrücktheit“ und „Wahnsinn.“

Einleitung.

§. 269.

Die Auffassungen dieser Krankheit gingen früher sehr aus einander. Besonders bei den Franzosen galt zuerst nach Kraepelin ein Symptomencomplex, dessen hervorstechendste Erscheinungen Hallucinationen mit Wahnideen waren, also ein vornehmlich hallucinatorisches Irresein als feststehende typische Krankheitsform. Snell, Westphal und Sander haben eine „primäre“ Verrücktheit constatirt, doch schliesst diese Kategorie viele differente Krankheitsbilder in sich. Schüle hat nur eine einzige als „originäre Verrücktheit“ beibehalten, die übrigen als chronischen Wahnsinn, Paranoia beschrieben. Kraepelin hält die von Westphal empfohlene Aufstellung einer „acuten“ Verrücktheit für verkehrt, weil durch diese Benennung eine wesentliche Eigenthümlichkeit, der chro-

nische, constitutionelle Charakter der Verrücktheit, verwischt wird, und von einander abweichende Krankheitsformen in dieselbe classificatorische Einheit hineingezwängt werden.

Die Gruppirung der einzelnen Krankheitsbilder kann nach Kraepelin geschehen: 1) Nach den Ursachen und nach dem Verlaufe, 2) nach der Entstehungsweise der Wahnideen, 3) nach dem Inhalt und der Färbung derselben, 4) nach der Ausbreitung der Krankheit auf die drei verschiedenen Kategorieen, die unser geistiges Leben bedingen. Um das erste Eintheilungsprincip in Anwendung zu bringen, fehlt es noch zu sehr an der Kenntniss der klinischen Entwicklung der verschiedenen Krankheiten. Die Entstehung der Wahnideen kann aus Sinnestäuschungen oder aus phantastischen Combinationen (Primordialdelirien) erfolgen. Doch stehen Sinnestäuschungen und Primordialdelirien in nahem Zusammenhang mit der allgemeinen Richtung des Denkens und Fühlens. Der Inhalt und die Färbung der Wahnidee ist als Eintheilungsprincip benutzt worden, doch kommen auch hier sehr häufig Mischungen expansiver und depressiver Stimmungen vor. Was das vierte Princip anbetrifft, so ist dasselbe neu, und Kahlbaum zuerst hat die Paranoia eine einfache partielle Psychose genannt, die nur eine Erkrankung des Νοῦς involvirt, und weder das Gefühl noch den Willen alterirt.

In den früheren Auflagen stellte Verfasser die Verrücktheit als einen psychischen Schwächezustand hin. Doch nahm derselbe an, dass der zur Beobachtung kommenden Verrücktheit in allen Fällen eine einleitende sog. primäre psychische Affection vorausgehe, und dass durch diese Primäraffection erst der Intellect so weit herabgemindert werde, dass die Erscheinungen der Verrücktheit zur Geltung kommen. Daher wurde auch die Stimmungslosigkeit als ein Merkmal der Verrücktheit besonders (fälschlich) hervorgehoben. Wo der Beginn der Psychose durch Hallucinationen angezeigt wurde, fasste Verfasser diese Fälle unter der Bezeichnung „Wahnsinn“ als Primärstörung auf. Er nahm jedoch später selbst eine primäre hallucinatorische Geistesstörung an; denn es ist unzweifelhaft, dass die sog. psychischen Primäraffectionen niemals das complicirte Bild der Verrücktheit als Folgezustand setzen.

Die spätere Annahme, dass die Verrücktheit aus der Hypochondrie sich entwickelt, ist durchaus falsch. Die hypochondrischen Wahnideen bei Verrückten sind nicht Reste eines früheren hypochondrischen Zustandes, sondern eigene Producte der Verrücktheit selbst.

Zu der Ansicht, dass die „psychische Schwäche der Verrückten ein secundärer Zustand sei, und die Demenz nicht eine primäre,“ möchte ich noch einiges bemerken: „In der Einleitung zu den speciellen Psychosen habe ich die Ansicht Kahlbaum's mitgetheilt, nach welcher dieser Autor die Paranoia für eine partielle Psychose ansieht, welche nur den Intellect nach der inhaltlichen Seite als gestört in sich begreift. Ich habe an dieser Stelle zugleich auch angedeutet, dass man die Demenz, welche man in gewissen Fällen bei Paranoischen antrifft, in

keiner Hinsicht als einen Zustand ansehen darf, welcher sich erst aus der Paranoia entwickelt hat.

Wenn behauptet wird, dass ein paranoisches Individuum im Anfange der Krankheit seinen Hallucinationen und Wahnideen mit richtigem Urtheil und intacter Intelligenz gegenübersteht, und dass, wenn nach und nach die Kritik verloren geht, diese Wahnideen und Hallucinationen von den Verrückten als thatsächlich gegebene äussere Verhältnisse betrachtet werden und ihnen als reale und notorische Vorgänge erscheinen, und demzufolge sich ein gewisser Grad der Demenz entwickelt hat, so möchte ich aus folgenden Gründen dem nicht zustimmen. Erstens ist es die Frage, ob im Anfange der paranoischen Processe die Individuen den sich ihnen aufdrängenden Wahnvorstellungen nüchtern gegenüberstehen. Denn gerade die Primordialdelirien der Paranoia sind originäre, und wenn sie auch dem Träger dieser neu und verblüffend gegenübertreten, so wird er sich wundern, aber nicht sie bezweifeln. Es liegt hier also keine sich allmählich entwickelt habende Demenz zu Grunde.

In den Anstalten begegnen dem Arzte Paranoiker, welche die Senioren der Hospitäler sind und in denselben bis in die höchste Altersgrenze verbleiben. Ein Theil dieser Verrückten zeigt mehr oder weniger entwickelten Schwachsinn, ein anderer Theil lässt nicht die geringste Spur einer Demenz erkennen. Wenn letztere scheinbar die Kritik über den eigenen Ichverband verloren haben, wenn sie die unglaublichsten Faseleien reden, welche sehr häufig ein stereotypes Gepräge zeigen, so ist dies, wenn man die Entwicklung der Krankheit kennt, durchaus keine Schwäche der Beurtheilung, Logik und Schlussfolgerung, sondern das ganze Wahngebäude, die ganze irrige Denkungsweise hat sich systematisirt und logisch, Glied an Glied, in richtiger Reihenfolge entwickelt, und man erstaunt häufig gerade über die Schärfe der Schlussfolgerung (z. B. bei Querulanten); es wäre in dem Denkprocesse durchaus keine Störung zu bemerken, wenn nicht die Prämisse eine falsche wäre. Aus der wahnhaften Annahme, die dem Kranken als Realität zum Bewusstsein gekommen ist, dass er z. B. ein untergeschobenes Kind ist, dass ihm in seinen bürgerlichen Rechten irgendwie Abbruch geschieht — aus diesem falschen Vordersatze heraus entwickelt er an der Hand einer ungestörten Logik alle übrigen Consequenzen. So verkehrt Fühlen, Wollen und Denken nach Systematisirung seines Wahns sich äussert, so wenig weist es auf logische Denkfehler bei näherer Betrachtung hin.

Eine zweite Form der originären Paranoia tritt, wenn die betreffenden Träger dieser Krankheit der Anstalt übergeben werden, in ganz anderer Form auf. Das erste, was dem Beobachter in die Augen fällt, ist nicht das paranoische Wahnsystem, nicht das Bild eines in seiner eigentlichen socialen Stellung zurückgesetzten, in seinen bürgerlichen Ehren-

rechten gekränkten Staatsbürgers, sondern das eines Schwachsinnigen. Erst bei näherem Eingehen in die Psyche des Exploranden wird man neben dem Schwachsinn auch auf das Wahnsystem gelangen. Diese Fälle sind es, welche das Bild vortäuschen, als hätte sich die Demenz aus der paranoischen Erkrankung heraus entwickelt. Die anamnestischen Daten lassen aber zwischen den Zeilen etwas anderes erkennen. Derartige Kranke werden in der Jugend als ungezogene, unleidliche, pietätlose und Aufregungszuständen unterworfene Individuen gekennzeichnet, sie wollten stets die Ersten sein, fühlten sich leicht gekränkt und gereizt; Ausbrüche des Jähzorns mit impulsiven Acten vervollständigen das Bild. Diese Angaben berechtigen nach meiner Meinung zu der Annahme, dass man es bei diesen Kindern mit Aeusserungen eines mehr oder weniger entwickelten idiotischen Schwachsinns zu thun hat. Diese in der Kinderzeit noch nicht erkannte Abschwächung in der Auffassung der äusseren Verhältnisse nimmt in der weiteren psychischen und somatischen Entwicklung des betreffenden Individuums zu, bis der Schwachsinn bei der Ausgestaltung des nebenher gehenden Wahnsystems den Kranken in die Anstalt führt und dort erst erkannt wird.

I. Aetiologie.

§. 270.

Unter der einfachen, partiellen, originär veranlagten Verrücktheit verstehe ich eine Psychose mit chronischem Verlauf. Sie entwickelt sich auf einem durch Belastung präparirten Boden, ihr Keim besteht ab origine (Sander, originäre Paranoia), ihre Erscheinungsweise documentirt sich als ein Wahnideen-System. Das intellectuelle Leben ist nur nach der inhaltlichen Seite gestört, dagegen sind Urtheils- und Schlussbildung, Besonnenheit und Logik erhalten: Das intellectuelle Leben ist demnach nach der formalen Seite hin geschont (Kahlbaum). Ueber event. Complication mit Schwachsinn cf. §. 269.

Die Paranoia ist eine einfache Psychose mit gleichbleibendem Symptomencharakter und constantem Verlauf. Sander hat in classischer Weise gezeigt, dass die Ausgestaltung der Verrücktheit „mit der Entwicklung der psychischen Individualität genau Schritt hält." Als prädisponirende Ursache ist die primäre Veranlagung durch Vererbung in erster Linie anzugeben, weshalb obiger Autor sie speciell als originäre bezeichnet hat. Ich habe zu der treffenden Bezeichnung „originär" noch „veranlagt" hinzugesetzt; möge mir der oben erwähnte Autor diese Erweiterung seines Epithetons aus dem Grunde verzeihen, dass ich damit nur die Absicht verbinde, dem mit dem klinischen Bilde der Paranoia sich erst vertraut machenden Leser die Anschauung zu erleichtern und den Punkt, auf welchen es hauptsächlich ankommt, noch mehr zu be-

tonen. Sander hat von allen Wissenschaftlern das zuerst als ausschlaggebend für die Feststellung des klinischen Krankheitsbildes erkannt, dass die Psychose originär, d. h. ab origine veranlagt ist. Es ist diese Kenntniss sowohl, was die Entwicklung der Seelenstörung anbetrifft, äusserst wichtig, als auch hat man dadurch die differentiell-diagnostischen Gesichtspunkte gewonnen, welche es ermöglichen, die originäre Verrücktheit als genuine Psychose von ähnlichen scharf abzugrenzen. Hallucinirt ein Dysthymiker einmal episodisch und kommt es wirklich zu einem ganz rudimentären, unklaren Wahne, so heisst die Diagnose sofort: hallucinatorische Paranoia. Man ist bei dem heutigen Stand der Anschauungen allzu leicht geneigt, einzelne Symptome für das Krankheitsbild zu setzen und episodisch eintretende, von dem typischen Verlaufe der Seelenstörung abweichende Alterationszustände als Transformationen der eigentlichen, bestehenden Psychose anzusehen.

Die Kranken sind sehr häufig männliche Individuen und von Hause aus durch erbliche Veranlagung disponirt. Die Beanlagung macht sich nach v. Krafft-Ebing in der Ascendenz in abnormen Charakteren, Psychosen, constitutionellen Neurosen und Trunksucht geltend. Als Zeichen der Degeneration zeigt sich oft Rhachitis; auch kommen infantile Gehirnkrankheiten, Schädel- und Hirnentwicklungsstörungen vor. Gelegenheitsursachen sind neben constitutionellen Neurosen Pubertät, Puerperium, Klimakterium, Uterinleiden und Onanie.

II. Pathogenese.

§. 271.

Das Wesen der Krankheit beruht nicht in einer verkehrten Auffassung und Verarbeitung aller äusseren und inneren Vorgänge, sondern weil das abnorm organisirte Denkcentrum abnorm functionirt, bringt der Kranke alle äusseren Verhältnisse, die er etwa nicht falsch auffasst, sondern nur im Dienste seiner falschen Prämisse verwendet, zu dem verrückten Vordersatze seines Wahnsystems in Beziehung. Das Bewusstsein ist ungetrübt und die Besonnenheit erhalten. v. Krafft-Ebing kennzeichnet die Paranoia als „Hypertrophie des abnormen Charakters“. Meynert (Klin. Vorl. p. 161) schildert in seiner speculativen Anschauungsweise diese abnorme Function folgendermaassen: Die Paranoia stellt eine Störung des psychischen Gleichgewichts in der Association dar. Die erhöhte Attractionsfähigkeit der Bahnen des Gedankenablaufs in subcorticalen Bezirken des Gehirnorgans leitet sich her aus der durch veränderten Chemismus veranlassten Ueberreizung der Rindenelemente, aus psychischer Hyperästhesie (reizbarer Verstimmung). Das secundäre Ich mit Rückblick in Vergangenheit und Vorblick in Zukunft zieht sich vor der Ueberreizung zurück. Die gesteigerte Function der egocentrischen Gedankengänge zieht alles durch die Aussenwelt gegebene

Erregungsmaterial an sich, so dass andere Associationen gehemmt werden. Dadurch wird die psychische Hyperästhesie, die reizbare Verstimmung immer mehr gesteigert, es entsteht einerseits Misstrauen und Verfolgungswahn und andererseits durch Hyperästhesirung des motorischen Innervationsgefühls, unwiderstehlicher Drang zur Aeusserung des erhöhten Muskelgefühls.

III. Allgemeine Symptomatologie.

§. 272.

Das Sander'sche Epitheton originär (originär veranlagt) zeigt schon an, dass die Entwicklung der Psychose bereits in der allerfrühesten Kindheit vor sich geht, um später als fertiges Wahnsystem in die Erscheinung zu treten; dieses Jahre lange Einleitungsstadium kommt selten zu ärztlicher Beobachtung. Schon in frühester Jugend treten abnorme Reizerscheinungen in dem Nervensystem auf, welche sich z. B. bei der Dentition als Convulsionen zeigen; leichte fieberhafte Krankheiten, Halsentzündungen, Exantheme genügen, um intensive Delirien zu erzeugen, welche vielleicht nicht ohne Nachwirkung für die spätere Ausgestaltung der Wahnideen bleiben. Die körperliche Entwicklung ist normal, in psychischer Hinsicht fällt eine Zeit lang nur ein Hang zur Einsamkeit, eine Neigung zu träumerischen Grübeleien auf. In der Schule geht es gut, die Individuen sind manchmal ganz hervorragend, aber oft einseitig talentirt, und zwar sehr häufig auf technischem Gebiete. In den Entwicklungsjahren, mitunter schon früher, stellen sich Sinnestäuschungen und Wahnideen ein. Die Ansätze zu diesen Wahnideen entwickeln sich aus Einbildungen, ferner aus Gedächtnissillusionen und Erinnerungstäuschungen. Es ist wesentlich, dass eine unerschöpfliche Menge neuer Geschichten von der krankhaft arbeitenden Phantasie völlig frei resp. in associativem Anschluss an reale oder delirirte Wahrnehmungen erfunden werden (Andichtungen) und dem Bewusstsein des Kranken als thatsächlich von ihm Erlebtes imponiren. Schon jetzt können krankhafte Schöpfungen des Vorstellens episodisch auftauchen, sie wirken wie Zwangsvorstellungen, d. h. belästigend, beängstigend, verstimmend. Delirien, hervorgerufen durch krankhafte Reizungsvorgänge der Hirnrinde, werden in directer Genese zur Quelle von Wahnideen, zu deren weiterer Ausbildung und Förderung wirkliche Sinnesillusionen und auf der Höhe der Krankheit auftretende Hallucinationen Verwerthung finden, zumal da dieselben durch Reflexionen sich schrankenlos entfalten. Dazu kommen noch Paramnesieen (Verwechslung von Delirirtem oder Geträumtem mit wirklich Erlebtem), Gedächtnissillusionen und wirkliche Erinnerungstäuschungen. Die constitutionellen Neurosen (Störungen der Sensibilität, Motilität) werden in Einflüssen der Aussenwelt objectivirt und motivirt: dabei arbeitet der logische Apparat formal richtig und webt ein ganzes Wahn-

gebäude. „Mit der Zunahme der Sinnestäuschungen, welche bald den gesammten Verkehr mit der Aussenwelt verfälschen, und mit der symbolischen Deutung fast aller wirklichen Vorkommnisse verbinden sich aus früheren Jahren auftauchende Erinnerungen an Aeusserungen und Thatsachen, die ebenfalls im Sinne der herrschenden Vorstellungen ausgelegt werden.“ Wir haben es hier mit Erinnerungsfälschungen (Kraepelin) oder Confabulationen (Kahlbaum) zu thun. „Namentlich ist es nicht selten das Gefühl der früheren Zurücksetzung, welches dem Kranken den Gedanken eingiebt, dass er von seinen Eltern nicht wie die Geschwister behandelt worden sei. Auch mag es wohl, worauf oben schon hingewiesen wurde, vorkommen, dass Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, welche in den Kinderjahren bei Gelegenheit von Hirnaffectionen oder in Fieberdelirien entstanden und bisher vergessen waren, wieder in den Vordergrund des Gedankenkreises treten. Wie es sich auch mit dem zuletzt erwähnten Umstande verhalten mag, so ist doch sicher, dass bald in dem Kranken die Idee entsteht, dass er gar nicht in den Kreis seiner Familie gehöre, dass er ein Adoptivkind sei. Diese Idee gewinnt immer mehr Raum, wird in vielfältiger und mannigfaltiger Weise begründet, und es entsteht so ein durchgebildetes System von Wahnvorstellungen. Der Kranke ist eigentlich einem hohen Geschlecht, meist einem regierenden Fürstenhause entsprossen, er ist in frühester Jugend geraubt oder entführt oder aus irgend einem Grunde von seinen hohen Eltern den von ihm nun als Pflegeeltern angesehenen Personen übergeben worden; man fürchtet ihn nun, man vermuthet, er werde die ihm vorenthaltene Stellung mit Gewalt an sich zu bringen suchen; er soll deshalb unschädlich gemacht und dieserhalb aus dem Wege geräumt werden, und daher ist er allen jenen Verfolgungen ausgesetzt“ (Sander, cit. von Neisser l. c. p. 494). „Charakteristisch ist ein phantastisches, platonisches Liebesverhältniss, in der Regel mit einer Dame, die der Kranke nie oder vielleicht nur einmal gesprochen hat, von welcher er sich aber wieder geliebt wähnt, und welcher er in der affectirtesten Weise seine Huldigungen darbringt“ (Sander l. c. p. 493). Endlich sucht der Paranoicus seine Jahre lang gehegten Ideen zur Ausführung zu bringen; er schreibt Briefe oder sucht persönlich zu den in sein Wahnsystem verflochtenen Personen vorzudringen.

Ein mir bekannter Paranoicus ging plötzlich zu einem hochgestellten städtischen Beamten, um ihm einen Besuch zu machen. Nach längeren Umschweifen sagte er zu ihm: „Wenn ich denn durchaus Ihre Tochter heirathen soll, so ist es mir auch recht.“

Dies bringt ihn in die Anstalt, wo er zuerst über seinen Misserfolg enttäuscht und entrüstet ist, bald jedoch einsieht, dass dies ein nothwendiges Glied in der Kette seiner Prüfungen ist. Dieser Gedanke giebt ihm wieder neue Hoffnung auf die Erreichung seiner letzten und

höchsten Ziele. Ist das Wahnsystem einmal so weit gediehen, so schreitet es schnell immer weiter vor. Jedes Ereigniss steht in Verbindung mit dem Kranken, geschieht zu seinen Gunsten oder Ungunsten und soll in seine Verhältnisse eingreifen. Selbst bedeutungslose, zufällig vernommene Worte bleiben vielfach haften, machen tiefen Eindruck, werden verkehrt aufgefasst und durch Umdeutung mit der eigenen Person in Beziehung gesetzt. Der Kranke fühlt sich überall beobachtet, beeinträchtigt und verfolgt, alles, was er sieht, liest, hört, geht auf ihn; dazu kommen Hallucinationen. Gewöhnlich ist es die Familie des Mädchens, welche dem Kranken nachstellt.

Trotz fehlender Affecte und erhaltener Apperception vermag der „verrückte" Kranke, weil er wegen der anomalen Anlage und Function des Centralorganes gezwungen ist, auf verkehrter Grundlage logisch folgerichtig zu denken, seine Einbildungen und Sinnestäuschungen nicht zu corrigiren, er deutet die Thatsachen nach seinem System um. Nach Sander's treffendem Ausdruck entwickelt sich bei dem Paranoiker die Krankheit physiologisch, wie bei dem normal Veranlagten die Gesundheit. Auf Grund falscher Prämissen ist auch der Schluss falsch. Dadurch nähert sich der Kranke immer mehr einem Zustande gänzlicher Verwirrtheit und producirt die sonderbarsten, durch ihre eigenthümliche, märchenhafte Färbung interessanten Wahnvorstellungen. Der Schwerpunkt der Krankheit liegt in einer originär falschen Anschauung der umgebenden Verhältnisse. Eine reizbare Schwäche ist bei diesen Vorgängen vorauszusetzen, das innerliche Mithalluciniren erleichtert die objectivirende Täuschung. Das Bewusstsein hat damit einen verfälschten Zuwachs erhalten, welcher den übrigen Vorstellungsinhalt noch mehr verfälscht. Es bildet sich eine partielle Bewusstseinsstörung heraus, neben welcher der übrige Theil des gesunden Ichs noch lange erhalten bleiben, die geistige Klarheit und logische Schärfe noch lange bestehen kann.

Schüle (l. c. p. 133, 134) schildert treffend den Krankheitszustand, wie folgt: Dieselbe Logik bringt Methode und System in den Wahnsinn, das zweite Charakteristikum neben der Erhaltung des wachen Ichs. Die Erhaltung des alten Ichs dem neuen gegenüber kann nur auf dem Wege des Compromisses erfolgen: Zuerst denkt das alte Ich im Sinne des neuen Wahns, später theilt es sich immer mehr von dem neuen Ich ab, so dass zwei Personen in demselben Kopfe wohnen, schliesslich wird das gesunde Ich von dem neuen aufgesaugt. Dieser Kampf zwischen beiden Persönlichkeiten spielt sich unter Depressionen und Aufregungen des Gemüths ab. Oft bemüht sich der Verrückte durch die „krankhafte Präcision" vor dem Zerfall des Ichs sich zu schützen, er sucht sich stets als die immer gleiche und unver-

änderte Persönlichkeit darzustellen, und sträubt sich dagegen, mit einem Anderen verwechselt zu werden. Dies Bestreben hält nicht lange vor, schliesslich erfasst er sich als Doppelgänger. „Nicht nur er selbst ist eigentlich eine andere Person, als wofür er gilt, seine ganze Umgebung und alles, was mit ihm in Berührung tritt, gilt ihm als verfälscht, er ist von Personen umgeben, die mit ihm schon unter anderem Namen in Berührung gekommen sind; er selbst hat schon ein oder mehrere Male in anderer Gestalt, selbst als Thier auf der Erde gelebt, und es gehen beständig Verwechselungen und Vertauschungen, Versetzungen in andere Orte mit ihm und seiner Umgebung vor.“ (Sander l. c.)

Diese Krankheitsphase ist ein Zustand gänzlicher Verwirrtheit. Geistig schwachsinnig sind die Kranken nie (cf. §. 269). Trotz expansivster Ausgestaltung des Wahngebäudes ist noch nach vielen Jahren bei diesen Kranken eine Intelligenzabnahme nicht zu bemerken. Das Charakteristische des Krankheitsbildes auf der Höhe der Entwicklung ist also nach Schüle: 1) mannigfaltig combinirte Sinnestäuschungen und exquisite Einbildung der allgemeinen paranoischen Symptome (d. h. egocentrische Verarbeitung des Vorstellungsmaterials); 2) massenhafte Erinnerungsfälschungen; 3) im Vordergrunde des Wahnsystems stehende Wahnideen bezüglich der eigenen Herkunft. —

Der chronische Gesammtverlauf des Leidens ist sprungweise; somatische Erregungs- und Fluxionszustände werden von Exacerbationen, die sich in Schlaflosigkeit, Speichelfluss etc. äussern, begleitet. Die Autoren weisen auf die Wichtigkeit der Combination mit anderweitigen Psychosen hin, wie Dementia paralytica, alkoholische und epileptische Geistesstörungen, periodische Formen von Geistesstörungen, episodische Dysthymie und Hyperthymie. Nach meiner Meinung findet hier keine Combination von zwei von einander unabhängigen Psychosen statt, sondern die Psychosen sind die Basis, auf welcher sich abrupte paranoische Wahngebäude entwickeln.

Lucide Intervalle von kurzer Dauer werden besonders im Anfange der Krankheit, tiefe und anhaltende Remissionen mit völligem Latentwerden der Wahnideen und Sinnestäuschungen nach fieberhaften Krankheiten beobachtet. Nicht selten sind es auch völlige Intermissionen auf Grund voller Krankheitseinsicht des Patienten. Mit einer Intermission darf die nicht seltene und gewandte Dissimulation dieser Kranken nicht verwechselt werden.

Der endliche Ausgang der Paranoia ist nicht, wie ich §. 269 ausgeführt zu haben glaube, psychische Schwäche,[1]) sondern gemüthliche

[1]) Cf. v. Krafft-Ebing l. c. p. 440.

Stumpfheit, Willenslosigkeit (Abulie), aber kein intellectueller Defect. Die Wahnideen verblassen allmählich, die Hallucinationen werden seltener und büssen die Affect erregende Wirkung ein. Es liegt nicht im Wesen und Process der Paranoia, dass sie zur Demenz führt; tritt letztere ein, so handelt es sich bestimmt um Complicationen (cf. Einleitung). Die Demenz ist event. hier die Folge und der Ausdruck von Senium praecox, Alkohol-Ausschweifungen, masturbatorischen Excessen etc.

Die Disposition bei der Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder folgt der symptomatischen Färbung der Wahnideen. Die von v. Krafft-Ebing abgesonderte erworbene, tardive Paranoia scheint mir nichts anderes als die originär veranlagte zu sein. Die auch von v. Krafft-Ebing als abnorm geschilderten Individuen überstanden nur die ersten gefährlichsten Entwicklungsprocesse, und erst eine kräftiger wirkende, später eintretende Gelegenheitsursache brachte die Psychose zu voller Entfaltung.

IV. Specielle Symptomatologie.

A. Depressive Form.

I. Der Beobachtungswahn[1]) (Beachtungswahn — Meynert).

§. 273.

Dieser entsteht immer erst nach beendigter Pubertätsentwicklung. Bei weiblichen Individuen mit Vorliebe im Zusammhange mit dem Vorgange des Klimakteriums, aber auch in beliebig früheren Lebensabschnitten. „Die Individuen sind von Kindesbeinen an sonderbare, stille Leute, scheue, verschlossene, leicht verletz- und reizbare, misstrauische, hypochondrische Wesen.“ Den Inhalt des Deliriums bildet zuerst der Wahn einer Beeinträchtigung an Gesundheit, Leben, Ehre oder Besitzthum durch vermeintliche Feinde. Das Incubationsstadium ist ein langes und entgeht meist der Beobachtung. Kommt es früh zur Kenntniss, so bemerkt man als veranlassende Ursachen somatische Symptome (Magenkatarrh, Uterinleiden, Klimakterium, Neurasthenie, letztere hauptsächlich auf Onanie beruhend) oder constitutionelle, hypochondrische und hysterische Neurosen. Die Incubationssymptome konnte v. Krafft-Ebing bis auf das vierte Lebensjahr zurück verfolgen.

Die Krankheit äussert sich zunächst darin, dass „die Kinder sich nicht so liebevoll von den Eltern behandelt fühlen, wie die übrigen Geschwister. „Das Gefühl der Zurücksetzung ist ihnen schmerzlich bis zum Lebensüberdruss. Sie suchen und finden Ersatz ausserhalb des elterlichen Hauses. Der Ton im Hause ist ihnen überhaupt nicht nobel genug,

[1]) Cf. v. Krafft-Ebing l. c. p. 445f.

sie fühlen sich zu höheren Gesellschaftsclassen hingezogen. In der steigenden Entwicklung der Krankheit kommt es von Wahrnehmungstäuschungen bis zu Illusionen. Die Umgebung erscheint dem Kranken verdächtig, die Aussenwelt verändert. Er vermuthet in Nachlässigkeit der Kleidung und geheimen Lastern, welche man ihm ansieht, die Ursache der Veränderung der Aussenwelt. Zufällige harmlose Bemerkungen der Umgebung, zufälliges Aufstehen und Fortgehen der Anwesenden beim Betreten eines Locals, Räuspern, Husten der Passanten stärken seinen Verdacht; in der Zeitung und den Maueranschlägen entdeckt er lieblose Anspielungen auf Gebrechen, er ist blamirt in der öffentlichen Meinung, ein schlechter Kerl, ein Dummkopf; aus der harmlosen Unterhaltung der Umgebung hört er höhnende Bemerkungen heraus, die Gassenjungen pfeifen anzügliche Gassenlieder, duzen ihn; in dem Gezwitscher der Vögel hört er Verhöhnungen. Durch diese Wahrnehmungen wird der Kranke beunruhigt und zeigt ein scheues, verschlossenes, reizbares Wesen; er zieht sich immer mehr zurück; gelegentlich stellt er auch andere Leute zur Rede.[1]) In dieser Weise geht es so fort unter immer grösserer Steigerung des Misstrauens, des Verdachts.

Infolge dessen leidet auch der körperliche Zustand des Patienten ganz erheblich, die Nächte werden schlechter wegen der reicher auftretenden Sinnesdelirien, die Nahrungsaufnahme wird geringer auf Grund der Vergiftungsfurcht. Sehr häufig treten onanistische Excesse dazu. Alles dieses bringt die Krankheit zum Ausbruch. Jetzt wird es dem Kranken zur Gewissheit, er hört Stimmen, dass er das Opfer einer Verfolgung, ein Betrüger, Dieb etc. ist.

2. Der Verfolgungswahn.

a) Im Allgemeinen.

§. 274.

Alle Wahrnehmungen der Aussenwelt werden auf die eigene Person bezogen, und durch zufällige Ereignisse wird die Wahnidee der Verfolgung zur Gewissheit. Der überwältigende Wahn wird überraschend schnell systematisirt, hauptsächlich durch Gehörshallucinationen unterstützt: Die anderen Patienten sind vom Gelde des Kranken bezahlte Spione, die ihm, wie sie im früheren Leben ihn unter anderen Namen verfolgt haben, auch jetzt nachstellen; die Beamten der Anstalt machen bei ihrem Urlaub auf des Kranken Kosten grosse Reisen. Alles, worauf er gerechten Anspruch hat, wird ihm widerrechtlich entzogen; bei Tisch bekommt er nicht den ihm gebührenden Platz, ihm wird nicht zuerst

---

[1]) Cf. v. Krafft-Ebing l. c. p. 446.

die Schüssel gereicht, darum lässt er sie auch sich nicht reichen, sondern nimmt sie aus der Hand des Dieners, setzt sie auf den Tisch nieder und bedient sich selbst. Wegen des an ihm versuchten Giftmordes ist dem Anstaltsinhaber auf seinen Antrag die Concession entzogen und ihm übertragen worden, er ist Besitzer des Grundstücks, Niemand hat auf demselben etwas zu suchen; die Angestellten sind „wegen Hochverraths" zum Schaffot verurtheilt worden, und Patient verlangt, dass das Urtheil unverzüglich vollstreckt werden soll.

Je nach der socialen Stellung des Kranken hat der Verfolgungswahn sein besonderes Colorit; bald sind es die Vorgesetzten, bald die Nachbarn, bald politische Parteien, bald religiöse Genossenschaften, bald die Polizei oder die Gerichte, welche den Patienten peinigen, drängen, quälen.

Auf der Höhe der Krankheit verstärken Sinnestäuschungen das Verfolgungsdelir in höchstem Maasse. Vor allem machen sich **Stimmen** bemerkbar, die entweder aus der Nähe oder aus Theilen des Körpers, oder aus der Ferne (Telegraphen-, Telephonsprache) kommen. (v. **Krafft-Ebing** l. c. p. 447.)

Daran anschliessend kann das Phänomen des „Gedankenlautwerdens" auftreten: Auch wenn Patient den Aufenthalt verändert, wissen die Leute sogleich, wie es mit ihm steht, was er für Pläne und Aussichten hat, und setzen die Verfolgung in alter, bisheriger Weise fort. Bisweilen kommt es beim Verfolgungswahn zum „Antagonismus" des Wahns. Gegen die pöbelhaften Verfolger treten mächtige Beschützer, der Minister, der Kaiser, Gott selbst auf; und gegen die feindlichen, beschimpfenden Stimmen macht sich eine abwehrende, tröstende, beruhigende geltend (cf. §. 104 u. p. 401. d.).

Täuschungen des Gemeingefühls und der cutanen Empfindung, quälen die Betreffenden in der grässlichsten Weise. Parästhesieen mannigfacher Art vermitteln den Wahn, Insecten und Schlangen auf der Haut, Thiere im Leibe zu haben. Seltener sind nach v. **Krafft-Ebing** (l. c. p. 448) Geschmacks- und Geruchstäuschungen; kommen dieselben zur Apperception, so wähnen die Kranken das Essen mit Arsenik, Chloroform, Koth, Samen verunreinigt, das Getränk schmeckt nach Urin, Alles riecht nach Fäulniss, angebrannten Federn u. s. f. Gesichtshallucinationen sind selten und nur periodisch, sie treten besonders gegen Abend auf: Der Kranke sieht dann Gestalten an seinem Fenster vorbeihuschen etc. Die dyspeptischen Beschwerden sind häufig die Hülfsursachen zu dem Wahne von Vergiftungsattentaten.

Der Inhalt aller Klagen wird wesentlich durch die **Phantasiethätigkeit** der Kranken geliefert, die vagen körperlichen Sensationen bilden nur den Anlass zu solchen Combinationen.

b) Der physikalische Verfolgungswahn.

Den verschiedenen sensiblen Anomalieen entsprechend, haben die Patienten die Wahnidee, mit physikalischen und chemischen Künsten, mit Maschinen und mechanischen Vorrichtungen mannigfachster Art gepeinigt und gefoltert zu werden. Salgó[1]) fasst es treffend in der Schilderung zusammen: „Die Kranken werden mittelst elektrischer und magnetischer Apparate in der greulichsten Art malträtirt, ihre Genitalien gereizt, die Wirbelsäule verrenkt, die Knochen gesägt, ihnen Verstopfung gemacht, die Verdauung aufgehoben, übelriechende Dünste werden durch ein Röhrensystem in ihre Wohnung geleitet, etc.“

Bemerkenswerth, wenn auch nicht für die Paranoia charakteristisch, ist nach Meynert die Anthropomorphosirung dieser Beeinflussung: Von fremden Menschen, aus weiter Entfernung, vermittelst der abenteuerlichsten mechanischen Vorrichtungen werden diese Marterungen systematisch, nach consequentem Plane ausgeführt.

c) Die hypochondrische Verrücktheit.

Ein ähnliches Bild wie das vorhergehende entrollt sich uns unter derjenigen Form der Verrücktheit, welche man hypochondrische Verrücktheit genannt hat. Hier spielen masturbatorische Excesse einen Hauptbeweggrund, und die dadurch gesetzte Neurasthenie lässt den Kranken allerlei abnorme Sensationen wahrnehmen. Er lebt nur noch für sich, für seinen Körper, für dessen Ausscheidungen etc. Jeden Tag werden die Fäces durchwühlt, die Zunge, die Augen werden des öfteren besehen, ob nicht etwa sich allerhand Uebel entwickeln können. Abnorme Sensationen an den Genitalien veranlassen bei jeder Defäcation oder Exurese, aber auch sonst noch recht oft eine genaue Betrachtung der Geschlechtswerkzeuge. Die einfachen Nosophobieen gehen jedoch bald in höhere Grade über. Allmählich wird die Terminologie für die Erscheinungen des Leidens des Kranken immer reicher: „Er wird mit Zangen gezwickt, fühlt Rollen und Schneiden, es brennt, sticht, fliesst in seinem Leibe, die Glieder sterben ihm ab. Bei zunehmender Stärke der Sensationen gewinnt die Natur der Krankheit groteskere Formen.“ Entsprechend der psychischen Angst, die alle diese Symptome begleitet, ist die Stimmung eine düstere und reizbare. Ohne Energie, Feuer, Passion verläuft das ganze Leben. Es herrscht eine absolute Abulie. Kräpelin (l. c. p. 347) hebt eine gewisse Pedanterie in der Lebensführung hervor. Der Verlauf ist ein langsam fortschreitender, gleich dem der übrigen Paranoësieen.

---

[1]) l. c. p. 270.

d) Der Besessenheitswahn

ist eine eigenartige Form des physikalischen Verfolgungswahns; die Feinde werden in den eigenen Körper verlegt.[1]) Derartige Vorstellungen zeigen fast immer einen religiösen Charakter, indem es sich im Allgemeinen hauptsächlich um den Glauben eines Besessenseins vom Teufel handelt, analog den im Neuen Testament erzählten Mythen. Dadurch wird die Stimmung, das Handeln der Patienten beeinflusst: Sie sind erbittert, geneigt zu Gewaltthaten gegen ihre Peiniger und gegen ihre eigene Person. Oft nehmen sie eigenthümlich verzwickte Stellungen längere Zeit hindurch ein (es nimmt in dieser Phase die Krankheit häufig einen katatonischen Charakter an) oder schützen sich durch „inneres Sprechen" etc. vor ihren Verfolgern. Der Wahn kann dann die Form der Verdoppelung der Persönlichkeit annehmen, indem neben einem oder mehreren bösen Geistern, ein oder mehrere gute, helfende, abwehrende Geister oder Engel etc. aus dem Körper heraus zu sprechen scheinen (cf. §. 104). Ich möchte mich der Ansicht zuneigen, dass es sich hierbei nicht um einen Schutz gegen die Verfolger handelt, sondern es ist das Sprechen lediglich eine Reizerscheinung, welche nach Schüle von Neuralgieen ausgelöst wird, und zwar die Kahlbaum'sche Verbigeration. Auf dieser Stufe angelangt, giebt es für die Kranken kein Wahnsystem mehr, sondern höchstens noch rudimentäre, abrupte Wahnideen ohne logischen Zusammenhang. Die Psychose hat sich transformirt. In der gleichen Entstehungsweise entwickeln sich viele Fälle von Paranoia im Klimakterium.

3. Der sexuelle Verfolgungswahn.

§. 275.

a) Im Allgemeinen.

Bei demselben spielen Sensationen der Geschlechtssphäre die Hauptrolle. Je nach der Ursache, welche den bei den belasteten Individuen bestehenden abnormen psychischen Zustand zur vollen Psychose entwickelt, kann der Verfolgungswahn verschiedene Nüancen zeigen.

Vorzüglich bei Weibern entsteht, infolge getäuschter sexueller Hoffnungen, durch phantastische Combination der Wahn, dass sie von ihrem früheren Liebhaber verfolgt würden, weil derselbe sich an ihnen rächen wolle. Namentlich Nachts sind sie den schamlosesten und raffinirtesten Angriffen, selbst in der Anstalt von Seiten der Angestellten ausgesetzt; fühlen sie sich nach unruhigem Schlaf matt, so bestärkt das nur ihren Wahn. Dem entsprechend glauben Männer, dass man sie Nachts castrire,

[1]) Cf. Kräpelin l. c. p. 335 f.

ihnen den Samen abzöge u. s. w. Bei erhaltener Besonnenheit treffen die Kranken gegen diese Nachstellungen allerhand Vorsichtsmaassregeln und verbarrikadiren ihr Zimmer. Am Morgen, wenn die Einrichtungen unversehrt gefunden werden, haben die Angreifer mit ganz besonderer Raffinerie oder mit geheimnissvollen, abenteuerlichen Maschinen ihren Zweck doch zu erreichen gewusst. In anderen Fällen kann es zu impulsiven Angriffen auf die Umgebung kommen.

b) Der Eifersuchtswahn.

Als eine stationärere Form entwickelt sich bei Frauen im Klimakterium der Eifersuchtswahn. Gefühlskälte und feindselige Abneigung gegen den Ehemann werden gleichzeitig unterbrochen durch Paroxysmen „gerechter Verachtung". Nach und nach folgt Nachlass des Affects und zunehmende geistige Schwäche. Es ist diese sich entwickelnde Demenz nicht etwa Folgeerscheinung der Paranoia, sondern die häufig bei Frauen post Klimakterium spontan einsetzende Geistesschwäche. Diese Fälle zeigen häufig stark ausgeprägte hebephrenische Züge. Auf hysterischer Basis kommt auch eine andere Form temporär vor. Die Kranke fühlt sich von ihrem Gatten vernachlässigt, derselbe geht anderen sexuellen Neigungen nach. Sie hört und fühlt, wie sich Nachts andere Weiber zu ihrem Manne in's Bett legen, und verfolgt ihren Mann auf Schritt und Tritt. Diese Form entwickelt sich meist ziemlich schnell. Auch hier zeigt sich allmählich zunehmende psychische Schwäche.

Ein ähnliches Krankheitsbild findet sich bei Männern, in welchen das Gefühl der eigenen Unsicherheit und Unfähigkeit wohl den Ausgangspunkt für das sexuelle Misstrauen bildet. (Cf. Kräpelin l. c. p. 346.)

c) Die masturbatorische Verrücktheit.

Einen specifisch neurasthenischen Charakter erhält der sexuelle Verfolgungswahn, wenn er auf dem Grunde excessiver Onanie entstanden ist; man kann dann von einer masturbatorischen Paranoia sprechen. Vor allem sind es nosophobische Erscheinungen und Geruchshallucinationen, die dem geübten Beobachter die Diagnose klären. Der Beginn ist ein unmerklicher, der Kranke fühlt und glaubt sich beobachtet. Alles gewinnt Beziehungen zu ihm. Es entwickelt sich Unsicherheit, Misstrauen. Diese nosophobischen Zustände sind auch auf dem Wege der Autosuggestion im Stande, die betreffenden parästhetischen Sensationen hervorzurufen. Es kann sich eine vollkommene sexuelle Neurasthenie nebenher entwickeln (neuro-paralgische Gefühlsstörungen infolge der Onanie). Diese Sensationen werden nun im Sinne des inhaltlich gestörten Intellects falsch und in Relation

zu dem Träger gedeutet: „Alle diese Missempfindungen erhält er von aussen. Seine Widersacher thun ihm das durch magnetische etc. Maschinen an."

Wir sehen hier ein anderes Bild der primär veranlagten Paranoia. Die hyperästhetischen Sinnesorgane sind geneigt, auf die geringsten Reize hin zu hallucinіren. Nicht selten werden auch locale Neurosen der Genitalien (irritable Testes, Neuralgia spermatica, Hyperästhesia urethrae) in diesem Sinne verwerthet. Das Leiden bewegt sich in Remissionen und Exacerbationen. Die letzteren fallen in der Regel mit Neuralgieen oder mit masturbatorischen Excessen zusammen und gehen mit gehäuften Hallucinationen, Sensationen, gesteigerter spinaler Reflexerregbarkeit bis zur Höhe von tonischen, klonischen, katatonischen, epileptischen Anfällen.

B. Expansive Form.

I. Der Grössenwahn.

§. 276.

a) Die Transformation.

Diagnostisch charakteristisch für die Paranoia ist nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 451) die bunte Mischung von Grössen- und Verfolgungswahn, die leidlich erhaltene Intelligenz, die Stabilität des Zustandes, der romanhafte Inhalt der Wahnideen, welche systematisirt und dauernd sind. Die Kranken gelangen zu ihren Grössenideen auf demselben Wege, wie zu ihren Verfolgungsideen. Diese „Manie des Grandeurs" bei den Paranoischen zeigt sich im Gegensatze zu den Grössendelirien der Paralytiker im Allgemeinen erst bei der voll entwickelten Verrücktheit. Wie der Grössenwahn bei dem Paralytiker so recht die Höhe des Schwachsinns documentirt, wie diese Manie des Grandeurs ohne Vermittlung, ohne vorausgegangenes Verfolgungsdelirium, also ohne jeden logischen Zusammenhang in die Erscheinung tritt, so entwickelt sich der Grössenwahn des Paranoikers logisch aus Sinnestäuschungen heraus, es bleibt stets in diesem Unsinn die Methode erhalten. Ueberschätzungsideen ganz ohne Verfolgungsideen, wie dieselben bei der Dementia paralytica vorkommen, sind wohl kaum je bei Paranoia beobachtet worden. Im Allgemeinen tritt der Grössenwahn nach kurzem oder längerem Verlauf des Verfolgungswahns auf Grund der Wahnvorstellungen in logischer Weise als dessen Compensation auf. Die Transformation des persecutorischen Wahns in den Grössenwahn kommt nach v. Krafft-Ebing in einem Drittel aller Fälle und stets bei belasteten Individuen vor und stellt immer eine schwerere Störung der unbefangenen Selbstkritik dar: „Wegen der vielen Verfolgungen könne der Kranke doch kein gewöhn-

licher Mensch sein, Mächtigere und Höhere müssten da die Hand im Spiele haben.“ Der bisher verhöhnte und unterdrückte Kranke fühlt sich durch eine Inspiration plötzlich erhoben. Unter erwärmenden und magnetischen Durchströmungsgefühlen geht dem Verfolgten eine neue Welt auf: „Die Sonne, die Wolkenfiguren, die Vogelstimmen offenbaren die Verheissungen, dass der Kranke nur habe dulden müssen, um jetzt die Krone zu erreichen.“ Es ist die Fata morgana des verdürstenden Wüstenwanderers (Schüle l. c. p. 167). Diese Wiedergeburt, welche den Kranken erhebt, ihn aus allen seinen depressiven, nosophobischen, hypochondrischen Gedankenkreisen reisst, ist diagnostisch wichtig. Es ist nach demselben Autor bezeichnend, dass die Vormacht in der Regel dem Verfolgungswahnsinn verbleibt, weil dieser namentlich in der dämonomanischen Allegorisirung (des Besessenseins durch einen leibhaftigen Teufel) über die ungleich stärkeren Gehörs-, Geruchs-, und Tasttäuschungen verfügt, während Gott nur in Gedanken, Ahnungen und Traumgesichten sich zeigt. Hieran schliesst sich die Grössenwahnsphase mit religiösem Inhalt; hier treten Selbstquälereien, unbarmherzige Verstümmelung, Nahrungsverweigerung ein, alles, um den sündigen Leib zu tödten und sich der unverdienten Gnade theilhaftig zu machen. Dann wechseln wieder Perioden passiven Widerstandes mit solchen des gesteigerten Selbstgefühls ab, und es bleiben dann die Erlöser und Weltkaiser mit ihren kindischen Lappen und ihrem Flitterputz übrig. (Cf. ibidem p. 167.) In der depressiven Phase glaubt man einen Blödsinnigen vor sich zu sehen, weil der Kranke sprachlos dasitzt, die Augen geschlossen hält, alles unter sich gehen lässt etc. Nur das verstohlene Herumsehen giebt den richtigen diagnostischen Gesichtspunkt an. Unter Kopfverdrehen, Schaukeln der Beine, plötzlichem Niedergleiten auf den Boden, beginnt die freiere Episode, wo der Kranke arbeitet und oft besonnene Auskunft giebt. (Cf. ibidem p. 166.) Diese „depressive Phase“ Schüle's möchte ich für eine katatonisch-stuporöse Begleiterscheinung halten.

b) Die religiöse Paranoia.

Die religiöse Form der Paranoia entwickelt sich auf dem Boden eines invaliden Gehirns, sei es auf originär schwachsinniger Veranlagung, sei es, dass heftige Gemüthsbewegungen das Geistesleben weniger widerstandsfähig gemacht haben. Wie die tägliche Beobachtung zeigt, haben die Aeusserlichkeiten der Gottesverehrung einen grossen Einfluss auf solche schwachsinnigen Individuen, welche den „ethischen Charakter der Religion nicht zu fassen vermögen.“

Die religiöse Verrücktheit kann schon in der Entwicklungszeit in

die Erscheinung treten. Kommt sie erst später durch schwächende Momente (Sexualexcesse, Lactation, profuse Menses) zur Ausbildung, so zeigt sich in der Jugend stets ein nervöses Temperament, Neigung zur Hypochondrie und zum Grübeln. Es tritt eine religiöse Ueberspanntheit mit Bussübungen und Verlangen zum Klosterleben auf. Religiöse Zweifel allegorisiren sich als gute und böse Geister, die mit einander kämpfen. Es folgen Hallucinationen mit Episoden innerer Rückkehr in den religiösen Wahnzustand, in dem die Umgebung verkannt oder nach der Richtung des Wahns appercipirt wird. Und wie in der Regel derartige Schwärmereien die sexuelle Sphäre berühren, so sehen wir auch unter den religiös Verrückten häufig Masturbanten bei beiden Geschlechtern. Bei weiterer Ausbildung der Psychose treten abulische Zustände ein, in welchen die Kranken lediglich den sie beschäftigenden Ideen sich hingeben. Es kommt zu einer ziemlich excessiven Onanie, geschlechtlichen Vermischung und einer Art geistiger Buhlerei, hervorgerufen durch psychisch und körperlich schwächende Momente. Die im Beginne der Krankheit eintretenden Sinnesdelirien sind meist Visionen, als deren Producte sich Wahnideen „Welterlöser, Gottesgebärerin" sehr schnell ausbilden. „Die anfänglich noch stattfindende Opposition wird als Anfechtung des Teufels empfunden und bald siegreich überwunden" (v. Krafft-Ebing l. c. p. 464 f.).

Selten bleibt der Kranke apathisch, nur seinen Ideen willenlos sich hingebend. Häufiger beginnt er, vielleicht infolge von Gewissensscrupeln über eine That aus dem Vorleben, eine ascetische Kasteiung seines Körpers, er wird Vegetarier. Ein Predigtwort oder ein biblischer Vers fällt plötzlich auf und erklärt Alles: Gott hat den Kranken ausgewählt zum Gegenstande grosser Auszeichnung; alles spricht dieselbe Sprache, alles gewinnt symbolische Bedeutung. Der Kranke lebt und handelt ganz in diesem Wahne, heiter und freudig opfert er der Familie Hab und Gut; Sinnestäuschungen treten hinzu. Eine Stimme befiehlt ihm, die Bibel zu verbessern, und dictirt ihm die neue Fassung in die Feder; so ausgerüstet kann er als neuer Friedens- und Heilsapostel vor die Welt treten und sie zu reiner und wahrer Lebensanschaung und Lebensführung bekehren.

Der Weiterverlauf kann sein 1) in Rückbildung. Der Kranke bleibt religiös pedantisch und unduldsam; 2) schubweise, periodisch wiederkehrend; 3) meist in Chronicität a) mit zeitweisen Hallucinationen und Ekstasen; b) mit Episoden von Selbstkasteiung und Gewaltacten zur Ehre Gottes; c) in einen ruhigeren Zustand, aber mit „Einbildung" des Wahns, Störungen in der Muskulatur, Mimik und Physiognomie; die Kranken können Monate lang stehen und schweigen, zeitweise vermögen sie wieder normal zu arbeiten; d) in einen reiz-

baren Zustand mit Furoranfällen durch Pollutionen, Menses. Der langsame Abschluss geht in leichte Demenz mit partieller Verstandesschonung über.

c) Die erotische Verrücktheit

ist eine andere Form des combinatorischen Grössenwahns. Immer sehen wir dasselbe Bild: Der Kranke bezieht alles auf sich, bringt die unbedeutendsten Ereignisse der Aussenwelt zu sich in Relation. In diesem Krankheitsbilde ist meist eine Person des anderen Geschlechts in hervorragender Stellung dem Kranken gewogen, weil er selbst besondere Vorzüge besitzt und schon lange für etwas Besonderes von vielen gehalten wurde. Durch Zeitungsannoncen, Blicke, Fensterpromenaden, Toilette etc. giebt sie ihm symbolische Andeutungen ihrer stillen Neigung zu ihm. v. Krafft-Ebing beobachtete, wie im weiteren Verlaufe sich traumhafte Sinnestäuschungen (Kuss im Schlafe) hinzugesellten. Wie bei den übrigen Formen der Paranoia die sexuelle Sphäre in Mitleidenschaft in der Weise gezogen ist, dass der eigentliche Geschlechtstrieb wenig oder abnorm (Onanie) entwickelt ist, so sehen wir auch bei der erotischen Verrücktheit Zeiten seligen „Hangens und Bangens“ mit Perioden der tiefsten Zerknirschung, des Gefühls der Unwürdigkeit abwechseln. Hier und da steht der Kranke in einem geheimnissvollen Rapport mit dem geliebten Gegenstande (innere Sprache oder Sympathie). In anderen Fällen macht er Annäherungsversuche durch Briefe oder Besuche bei den Angehörigen der angebeteten Person, was meist seine Verbringung in die Anstalt zur Folge hat. Die schroffsten Abweisungen überzeugen ihn nur von der Nothwendigkeit der Geheimhaltung der intimen Beziehungen (cf. Kraepelin l. c. p. 359).

2. Das Irresein der Querulanten und Processkrämer.

§. 277.

Diese Individuen sind stets prädisponirt. Schüle konnte wenige Fälle verzeichnen, wo nicht immer „stark belastete hereditäre Stammbäume“ zu entdecken waren. Diese zeigten aber erworbene Schädlichkeiten, Kopfverletzungen, acute Hirnaffectionen, alkoholistische und ganz besonders onanistische Excesse, häufig mit Stigmatis hereditatis (Schüle l. c. p. 470). In ihrer Jugend sind derartige Individuen rechthaberische, eigenwillige, egoistische Menschen, die „immer alles besser wissen wollen.“ Bei einer enormen Selbstüberschätzung sind sie von minderer Begabung, halten an keiner Stelle aus, weil auf Grund ihrer ethischen Defecte und der individuell verarbeiteten Rechtsansicht ihnen überall Unrecht, überall ein Eingriff in ihre Rechte geschieht. Bei der Halbheit ihres Wesens

kommen sie zu keiner sicheren dauernden Existenz. Mit dem Strafgesetz stehen sie in beständigem Conflict. Trotz scharfer Schlüsse findet man bedenkliche Fehler, welche sich aus der falschen Prämisse erklären, die „Reproduction ist mangelhaft.“ Die Gelegenheitsursache bildet die erste Niederlage vor Gericht oder auch die „blosse Versagung vermeintlich berechtigter, in Wirklichkeit aber unverschämter Ansprüche.“

Sie sind aber weit davon entfernt, etwa die ihnen Unrecht gebende Gerichtsentscheidung anzuerkennen, sondern sie halten auf Grund ihrer ethischen und intellectuellen Defecte alles für unberechtigte Eingriffe in ihre Rechte. Durch weitere Misserfolge wird ihre Stimmung gereizt, ihr Handeln impulsiv, ihr ganzes Gebahren unbesonnen. Sie glauben jetzt nicht einmal mehr den Fachmännern, sondern eignen sich selbst juristische Kenntnisse an, alles aber nur in der gewohnten Halbheit. Da sie sich jetzt nur noch mit ihren Rechtssachen beschäftigen, so gehen sie social allmählich zu Grunde; sie vergessen ihren Beruf, ihre Familienpflichten und zerrütten ihren Wohlstand. Die Parteilichkeit und Bestechlichkeit der Richter ist an allem Schuld; dadurch kommt es zu gerichtlichen Maassregelungen, welche die Kranken noch mehr aufreizen. Jetzt tritt die eigentliche Paranoia wieder zu Tage: Die Kranken fühlen sich als Märtyrer und Betrogene, verweigern Geldstrafen, Entschädigungen, Steuern, vergreifen sich an den Staatsbeamten und erklären die Richter bis oben hinauf für Schurken und Diebe (v. Krafft-Ebing l. c. p. 459). Sich selbst betrachten sie als die Vorkämpfer für Recht und Sittlichkeit. Es ist ein Unglück für diese Individuen, dass sie bei der Intactheit ihres formalen Denkens den Laien nicht als Geisteskranke imponiren. Solche Kranke werden leider meistens erst entmündigt und internirt, nachdem sie all ihr Hab und Gut mit ihren Processen durchgebracht haben.

V. Verlauf und Vorkommen der Paranoia.

§. 278.

1. Verlauf der Paranoia.

Der Verlauf ist mannigfach, die Verlaufsdauer kann kaum annähernd bestimmt werden. In dem Gehirnprocesse selbst liegt kein Grund eines letalen Abschlusses der Verrücktheit (Salgó l. c. p. 279). Bei der chronischen Verrücktheit ist der Verlauf remittirend-exacerbescirend; andere seltene Fälle gehen in Genesung oder öfter in Heilung mit Defect über, andere sind Jahrzehnte lang stationär (cf. Einleitung: Ueber partielle Psychosen; spec. über Paranoia), bis sich allmählich katatonische Erscheinungen ausbilden, welche von Stereotypieen im Reden und Handeln begleitet werden.

2. Vorkommen der Verrücktheit.

Die Verrücktheit tritt meist im 15. bis 22. und 40. bis 50. Lebensjahre auf, aber auch schon viel früher, man kann sagen, sobald coordinirtes Denkvermögen vorhanden ist; und zwar in der Jugendperiode mehr bei männlichen, in der späteren Lebensperiode mehr bei weiblichen Individuen. Da dieser Symptomencomplex von Verfolgungs- und Grössenwahn mit constanter hallucinatorischer Erregung in dem Klimakterium bei psychisch mehr oder weniger belasteten Frauen häufig vorkommt, so kann man ihn fast als typisches klimakterisches Irresein bezeichnen (Salgó l. c.).

VI. Diagnose und Prognose der Paranoia.

§. 279.

1. Diagnose.

Als charakteristisch für Paranoia ist nach Schüle im Gegensatz zur Paralyse die Verbindung der expansiven mit den depressiven Wahnelementen, das jugendliche Alter der hereditär belasteten Kranken, besonders aber der Mangel nervöser Störungen und die chronische Entwicklung, wie das langsame Fortschreiten der Erkrankung zu beachten. Dazu kommt die märchenhafte, abenteuerliche Form der auf Grund der verkehrt arbeitenden, formal richtigen Logik combinatorisch entstandenen Wahnideen, welche durch auf der Höhe episodisch auftretende Hallucinationen und Illusionen weiter ausgebildet werden. Die Besonnenheit ist lange erhalten, und bei dem Abblassen der Wahnideen machen sich schliesslich leichte psychische Erscheinungen bei theilweiser Verstandesschonung geltend.

2. Prognose.

Sie ist ungünstig. Seltene Fälle allmählicher Heilung nach 5 bis 6 Monaten sind beobachtet, doch treten fast immer Recidive ein. Daher ist eine Heilung oft mehr eine Remission. In einzelnen Fällen simuliren Kranke Heilung, welche nicht erfolgt ist.

VII. Therapie der Paranoia.

§. 280.

Die psychische Affection erfordert gebieterisch die Aufnahme in die Irrenanstalt, die Abhaltung schädlicher Reize, zusagende Beschäftigung, Feldarbeit, geistige Ablenkung, sorgsame psychische Behandlung. Je eher eine richtige Behandlung eingeleitet wird, je eher das kranke In-

dividuum aus seiner Umgebung entfernt, es selbst vor dieser und diese vor ihm geschützt wird, um so günstiger ist die Aussicht auf Besserung resp. Heilung. Prophylaktisch kann jedenfalls durch Berücksichtigung und Bekämpfung asthenischer Zustände während fieberhafter Krankheiten und Puerperien Manches geleistet werden.

Eine Vorsichtsmaassregel kann dem jungen Praktiker nicht warm genug empfohlen werden, d. i. niemals zu versuchen, dem Paranoiker seine Wahnidee ausreden oder durch Vernunftgründe sie widerlegen zu wollen. Eine sofortige feindliche Stellung zum Arzte ist die unmittelbare Folge.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Primär veranlagte Paranoia. Patient, Kaufmann, 24 Jahre alt (geb. den 30. September 1864 zu St. Gallen), ist ledig, Eltern gesund; die Mutter, etwas nervös, litt an Neuralgieen im Fuss und am Kopf und war 1870 bis 1873 in den Tropen. Die Grossmutter starb am Schlagfluss. Der Onkel starb an Hirnerweichung. Die Kinder des ältesten Bruders sind alle etwas nervös, sein jüngerer Bruder ist 16 Jahre alt und sehr nervös, aber überlegt, lernt schwer; als Kind war Patient in hohem Grade nervös, wenn ein Eisenbahnzug kam, leicht erregt und ängstlich.

Aeusserer Lebenslauf: Seine Mutter war bei der Geburt des Patienten vom Klima noch angegriffen. Patient kam bis zur zweiten Classe in einer höheren Bürgerschule, hatte noch nicht die Berechtigung zum einjährigen Dienst erworben, ging mit 17 Jahren ab und erhielt Privatunterricht in Mathematik, reiste dann nach Barranquilla am Magdalenenstrom; dort was es sehr heiss, sonst aber ein gesundes Klima. In der frühen Kindheit war er ein ganz gesunder, munterer, netter Knabe, dabei mässig beanlagt, aber ein beliebter Gesellschafter. Das Gedächtniss war fest, Pat. liebte die Bücher nicht, besass nicht viel Phantasie, hatte aber Mutterwitz und machte ganz treffende Bemerkungen; einige Begabung bestand für Technisches.

Gegenwärtige Erkrankung: Im Mai 1888 ging Patient über England nach Barranquilla fort. Nach einer angenehmen Ueberfahrt, welche einen Monat dauerte, kam er im Juni an seinem Bestimmungsorte an, und, trotz geringen Regens und bedeutender Hitze während des Augusts und Septembers, ging es bis zum 22. August sehr gut, Pat. schrieb ganz munter, und die Berichte über ihn lauteten günstig. Dann plötzlich kam ein Brief, er sei sehr niedergeschlagen und einmal bei Tisch hätte er geweint. Patient schloss sich dann ein und wollte keinen Verkehr mehr haben. Ende August wurde es besser, und, als Pat. am 10. September in's Innere auf die Messe ging, lauteten alle Berichte über ihn gut. Er erzählte später der Mutter, dass er gar kein Heimweh gehabt „er hätte sich aber schlecht gefühlt.“ Der Zustand war seitdem einem häufigen Wechsel unterworfen. Im Januar 1889 kehrte Pat. nach Hamburg zurück, er sah gelb und angegriffen aus, war aber sonst ganz umgänglich, besuchte seine Freunde und auch einige Familien; das hörte aber in Kurzem auf. Allmählich kam er mit den ihn beschäftigenden Ideen heraus: „Es sei ein innerliches Geheimniss bei ihm, das müsse erst zu Tage treten, eher könne er nicht gesund werden, es könne in wenigen oder vielen Jahren zu Tage kommen.“ Auf den Rath, es Jemand zu sagen, erwiderte er, das müsse der Arzt wissen. Der Physikus hätte ihn um 25 Jahre betrogen, auch die Eltern hätten ihn betrogen, (zur Mutter) er habe keine Jugend gehabt.

Nach seiner Heimkehr las er nichts, sondern sah sich nur Illustrationen an. Er fühlte Druck im Genick. Im Hause musste man ihn gehen lassen, wie er wollte, um kein Aergerniss zu haben, er war vollständig disciplinlos, um 10 oder 11 Uhr stand er erst auf

und lief dann planlos herum. Patient holte sich unpassende Bücher aus der Leihbibliothek und sagte, als er zu lesen anfing: „Ich kann noch nicht, ich bin noch nicht so weit, es strengt mich zu sehr an.“ In der Folge wechselte die Farbe der Zustände sehr häufig. In der letzten Zeit entwickelte sich auch vollständige Theilnahmlosigkeit an fremdem Befinden, nur sein eigenes interessirte ihn, und das nannte er schlecht, obwohl er dann auch wieder sagte: „Ich bin ganz wohl, mir fehlt nichts.“ Er vernachlässigte alle seine Freunde, hatte auch die Idee, dass alle Leute ihm ansähen, dass er nervenkrank wäre. Ueber die Verhältnisse im amerikanischen Geschäft gab er ganz gute Auskunft, in gewisser Beziehung durchaus vernünftig (aber gleichgültig). Seiner Mutter gegenüber machte er in manchen Momenten sehr unangenehme Aeusserungen, welche ein Tentamen suicidii erwarten liessen: „Zwanzigmal überlege man sich die Sache, das einundzwanzigste Mal thue man es doch. — Mir kann keiner helfen, es ist das Beste, dass ich mir eine Kugel vor den Kopf schiesse.“ In B. hatte er einmal unter seinen wirren Gedanken auch den geäussert, er sei schwanger, und kein Arzt, Niemand könne ihm das ausreden. In H. machte er zu Jemand die Bemerkung: „Das ist ein kindischer Mensch,“ und als ihm darauf Jemand antwortete, jener sei männlicher als er, erwiderte er: „Ja, das kann wohl sein, es wird sich wohl in einem Jahre entscheiden und an's Licht der Welt kommen. Heute will ich wieder Kaufmann sein.“ Zur Mutter sagte er einmal, er wolle auch blos eine kleine mechanische Beschäftigung, wenn er nur gerade das Essen habe. Er möchte wieder nach Barranquilla. Aber heute wollte er dies, morgen das, nichts mit Bestimmtheit. Von Hamburg wollte er fort, weil ihn die Leute kännten und ansähen. Letzthin erzählte er seiner Mutter eine schauderhafte Geschichte — das wäre ein Traum gewesen, und was er träume, sei immer wahr. — Einzelgefühle pietätvoll, gegen den Vater apathisch, dabei reizbar im Verkehr: gewisse Freunde mag er ganz gern, sonst ist er wählerisch. Willensbeschaffenheit energielos, kann auch eigensinnig sein. Disciplin wird ihm gut thun. Er ist kein arbeitslustiger aber pflichtgemässer Mensch. Sittlich, nicht sparsam, nicht ehrgeizig, fühlt er sich doch ganz unglücklich, dass er nicht imponiren kann, möchte lieber mit den Leuten aus dem Volke umgehen. In der Religionsübung ist er sehr nachlässig. Essen, Trinken, Rauchen mässig, behauptet, früher erst nach Trinken Stimmung bekommen zu haben. Letztes Jahr sah er schlecht aus, machte im Comptoir mehr Fehler als gewöhnlich, beklagte sich, dass er nicht recht denken könne. Dann, ein paar Tage, ehe er abreiste, wurde er ganz seltsam. Der Vater fragte ihn, was ihm wäre, ob er vielleicht nicht fortgehen wolle: „Ja antwortete er, ganz gern.“ Endlich sagte er: „Ich bin verliebt.“ Auf der Droschkenfahrt nach dem Hafen sagte er: „Ich bin betrogen und gehe gern fort.“

Brief vom September 1888: „Die Zeit vorher fühlte ich mich nämlich nicht sehr auf dem Damm, was theilweise von der grossen Hitze, die wir in der letzten Zeit hier durchgemacht, gewiss herrührte. Jetzt hat sich die Sache aber ganz geändert, der Regen ist eingetreten, und die Temperatur ist bedeutend erfrischender und angenehmer geworden, so dass man wieder aufleben kann. Mit meinem Spanischen geht es langsam aber sicher, ich spreche, wann mir Gelegenheit dazu geboten wird, und hoffe, dass ich mich binnen Kurzem einigermaassen sattelfest fühlen werde.“

Brief eines Vetters an den Vater des Patienten vom 4. September 1888: „Lieber Onkel! Im Anschluss an meine Mittheilungen mit letzter Post habe ich Dir leider über das Befinden des guten A. recht ungünstig zu berichten, was mich im Herzen betrübt. Bis ungefähr zum 19. August war er heiter und vergnügt, ich hatte ihn überall eingeführt, wo ich es einstweilen für wünschenswerth hielt, er ging oft mit G. und anderen Jünglingen seines Alters aus, hie und da war er zu Pferd, besuchte den Club etc. Dann auf einmal schlug seine Stimmung um, wie schon berichtet, und die Sache wurde nach und nach so schlimm, dass wir Alle, und namentlich ich, sehr bange Zeit durchgemacht

haben. A. wird zu Zeiten ganz wirr und spricht dann eine Menge unsinniges Zeug, stellt sich vor, er hätte eine Krankheit, die man ihm verheimlicht, geberdet sich wie ein Lebensmüder und will nur allein auf seinem Zimmer sein. Zu Zeiten wird er ohne sichtbare Veranlassung ausfällig und heftig, und dies geschah namentlich am 28. August Abends, nachdem er zwei Briefe von Hamburg empfangen hatte, über deren Inhalt er aber nichts äussern wollte. Den Tag nachher, nachdem ich die Nacht in Angst und Schrecken seinetwegen zugebracht hatte, schlief er nach dem Frühstück ein und erwachte nicht bis gegen 4 Uhr während eines starken Gewitters; er war dann sichtlich erfrischt und wie umgewandelt und hatte drei sehr gute Tage, so dass wir hofften, das Schlimmste sei jetzt vorbei. Am letzten Sonnabend Nachmittag ging die Sache aber wieder von vorn an, er liess sich noch mit Mühe durch zwei Freunde überreden, den Abend auszugehen und kam dann schlimmer und niedergeschlagener wie je nach Hause, und so ging es den ganzen Sonntag und Montag, dagegen ist er heute wieder etwas sicherer und ist eben dabei, an Dich zu schreiben, was immerhin ein gutes Zeichen ist, und kannst Du aus seinem Briefe vielleicht auf seinen Gemüthszustand schliessen, indem er Dir möglicher Weise Mittheilungen macht, die er uns aber verschweigt. Als er zuerst „melancholisch“ wurde, gab er als Hauptgrund an, dass seine Gedanken nicht hier, sondern in Hamburg seien, und wie ich weiter in ihn drang, sagte er, er sei sterbensverliebt in eine junge Dame und könne die Leidenschaft nicht bekämpfen. Später gab er dann ganz unvernünftige Gründe an und jetzt sagte er, er wüsste nicht, was ihm fehle, und bis er das nicht in Erfahrung bringe, würde es nicht besser werden. Vom Arzt will er nichts mehr wissen und hat die Medicin einfach weggeworfen. Schon früher ist mir aufgefallen, dass er an hiesigen Verhältnissen nicht das geringste Interesse nahm, in Gesellschaft meist sehr still war und zuweilen einschlief. — Jetzt kommt es zuweilen vor, dass er während des Essens plötzlich zu weinen anfängt und, wenn man ihn um die Ursache fragt, erklärt, er wisse es selbst nicht, warum er es thue. Ich habe mir schon undenkliche Mühe gegeben, um ihn zu trösten und aufzuheitern, was mir auch oft gelingt, aber meist von kurzer Dauer ist.“

Brief desselben vom November 1888: „Seine Einbildungen, an denen er im August sehr stark litt, und von denen wir glaubten, dass sie nachgelassen hätten, sind im verstärkten Maasse zurückgekehrt, und zwar seit den letzten 14 Tagen, sodass wir hier und die Aerzte jetzt zu der Ueberzeugung gekommen sind, dass der junge Mann schleunig zu seiner Familie zurück müsse, ehe er hier zu Grunde ginge. Ihnen eine ausführliche Beschreibung aller seiner Capricen zu geben, ist mir nicht möglich, und will ich Ihnen nur sagen, dass seine Hauptidee die ist, sich für schwanger zu halten, und da giebt es nun weder Arzt noch Freund, der ihm die Sache ausreden kann. In letzter Zeit kam er gar noch auf die Idee, hungern zu wollen und kein Bitten und Zureden konnte ihn zum Essen bewegen (Vergiftungsfurcht). Dazu ist er total menschenscheu, will am Tage nicht ausgehen und hat nur Interesse für seine Person und seine eingebildeten Krankheiten. Auch muss sein Kopf sehr angegriffen sein, denn er kann seine Gedanken nicht ordnen, worüber er selbst häufig klagt; heute isst er wieder zum ersten Male seit fünf Tagen ordentlich.“

Als Pat. in die Görlitzer Anstalt am 1. October 1889 kam, warf er den Tisch um, schlug gegen die Scheibe, nahm eine horchende Stellung ein: „Es sei schlimmer mit ihm als zu Anfang“. Am nächsten Vormittag war er benommen und antwortete nicht; dann wurde er wieder aufgeregt, das Gesicht zeigte einen bösen Ausdruck, er ging zu einem anderen Herrn in's Zimmer und schlug auf dessen Waschtisch. Er äusserte sich über seine Gehörswahrnehmungen dahin, dass dieselben jetzt derartig seien, dass sie ihn aufmunterten; er höre Töne, wie aus einem Horne, dazwischen aller-

hand Stimmen von Menschen; was dieselben sagten, könne er nicht verstehen, der Arzt möchte doch selbst einmal hören; dabei wollte er sein Ohr an das des Arztes halten. Zuweilen machten ihn die Stimmen auch trübe: er wisse, dass dies Hallucinationen seien, und meinte, dieselben seien Einflussstörungen von nicht sichtbaren Menschen. Dann hielt er sich für ganz gesund und fähig zur Beschäftigung. Gegen Abend schien er etwas unruhiger zu sein, das Gesicht war geröthet, er wollte sich auch nicht beschäftigen. Den ganzen folgenden Tag sitzt er rauchend oder vor sich hin lächelnd auf dem Sopha, sprachlos, wenn er nicht angeredet wird, isst und trinkt gut und schläft ruhig. Einige Zeit darauf wurde er wild, unstät, verkehrte fast gar nicht mit den übrigen Herren, deren Essen er aber heimlich aufass: „Ich höre jetzt nur die Stimmen einzeln." Hatte Thränen in den Augen u. s. w. Es bildete sich allmählich ein vollständiges Vergiftungs- und Verfolgungswahn-System heraus.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Pat., 45 Jahre alt, Prediger, aus nicht belasteter Familie, machte in seiner Jugend Scharlach, Masern, Windpocken und Keuchhusten durch, später litt er öfter an Lungenkatarrh. Das Lernen wurde ihm stets sehr leicht. Im Alter von 17 Jahren bezog er die Universität, um Theologie zu studiren. Seine Erziehung war eine sehr sorgfältige, standesgemässe; ausser der Berufsbildung besass er umfassende allgemeine Kenntnisse und besonders umfangreiche in der Pädagogik und altclassischen Lectüre, dabei zeigte er einen tief religiösen Sinn.

Sein Temperament war stets etwas unruhig und erregt. In seinen früheren Jahren zeigte sich bei ihm zu Zeiten ein nervöser Lachreiz, der sich in seinem Leben oft in peinlicher Weise wiederholte, so dass er in ernster oder trauriger Situation ein plötzliches Lachen nicht unterdrücken konnte, so besonders beim Tischgebet, in der Hausandacht etc. Diese Abnormität war ihm nicht allein als solche bewusst, sondern sogar im höchsten Grade fatal. Er suchte sie mit aller Gewalt zu bekämpfen und zu unterdrücken und wurde durch diese Kämpfe stets sehr angegriffen. Später schwand dieses Symptom, stellte sich aber einige Wochen vor dem definitiven Ausbruch der Psychopathie wieder ein. Sein Schlaf, sonst gut, erlitt durch das geringste Geräusch sofortige Störung. Im Jahre 1870 verheirathete er sich. In seiner Ehe lebte er sehr glücklich; ein zärtlicher Gatte und Vater war er für häusliches Glück ganz besonders empfänglich, dem geselligen Leben dagegen insofern etwas abhold, als spätes Aufbleiben sich stets an seinem Körper rächte. Er hat 3 Töchter, die alle gesund und kräftig sind. Das erste Auftreten der Krankheit fand im December 1874 statt. Als körperliche Veranlassung dürfte die anämisch-schwächliche Constitution vor der Erkrankung, als geistige gelegentliche grössere Anstrengung im Beruf, vielleicht auch grüblerisch-skeptische Richtung in der Auffassung und nicht volle Befriedigung in den beruflichen Erfolgen anzusehen sein.

Nachdem bereits einige Zeit grössere Schwäche nach geistigen Leistungen, das Gefühl ungenügender Leistungsfähigkeit und dadurch gemüthliche Depression voraufgegangen war, zeigte sich in den ersten Tagen des Decembers 1874 die erste geistige Störung. Am 6. December hatte er noch logisch richtig, allerdings gegen sonst in etwas verändertem Sinne gepredigt, in den nächsten Tagen trug er eine auffallende Freudigkeit und Zuversichtlichkeit in seinem sonst übermässig bescheidenen und zurückhaltenden Wesen zur Schau. Er machte Andeutungen über eine grosse Veränderung in seinem Innern, es sei ihm eine Offenbarung geworden, die ihm die Bibel und sein Predigtamt in einem ganz anderen Lichte zeige; er werde dieses Licht in seiner Gemeinde leuchten lassen, und die ganze Welt werde davon Nutzen ziehen. Er trug sich mit reformatorischen Ideen, sprach viel über Eingebungen von Gott, über Kundgebungen und Erleuchtungen. Am 14. December desselben Jahres erfolgte seine Aufnahme in die Görlitzer Anstalt. Hier blieb sein Zustand dem vorhin geschilderten ähn-

lich. Er zeigte sich von der Idee seines Prophetenthums beherrscht, predigte den anderen Kranken, die von unreinen Geistern besessen seien, sich zu bekehren. Daneben traten Verfolgungsideen auf; besonders hielt er einen der Anstaltsärzte für seinen Widersacher, der ihn vergiften wollte. Auch Hallucinationen, vorwiegend religiös-phantastischen Inhalts, wurden bisweilen beobachtet. (Erscheinungen von Jesus Christus etc.) Sein Verhalten war im Allgemeinen ruhig, doch traten zeitweilig schnell vorübergehende Erregungszustände mit Drang zu unsinnigen Handlungen (Kopfstehen etc.) und ekstatische Zustände auf; in den letzteren war er steif, stumm und ablehnend, stand Stunden lang in derselben Stellung vor sich hinstierend, verweigerte gelegentlich anhaltend die Nahrung, sodass die Schlundsonden-Ernährung durchgeführt werden musste.

Anfang März 1875 besserte sich der Zustand, Patient wurde klarer und erhielt Krankheitseinsicht, die Ernährung hob sich, der Schlaf wurde regelmässig, sodass Patient am 15. Juni 1875 aus der Anstalt entlassen werden konnte. Er ging zuerst einige Zeit nach Görbersdorf wegen seines Lungenleidens, kam aber, weil er wieder geistig unruhiger wurde, im September abermals nach Görlitz, und kehrte von hier aus nach einer kurzen Beobachtungszeit nach Hause zurück.

Doch schon um Weihnachten zeigte er sich von Neuem verändert, und zwar nach der Richtung einer auffallend albernen Erregung. Er machte unsinnige Dinge, ahmte beim Klavierspiel Thierstimmen nach, tanzte im Zimmer umher, zeigte starke geschlechtliche Erregtheit, die sich in unanständigen Reden und beständigen Anspielungen äusserte. Am 11. Januar 1876 wurde er wiederum der Görlitzer Anstalt zugeführt, in der er bis 1890 verblieb. Sein Verhalten während der ersten Jahre zeichnete sich durch Aufregung mit dem unverkennbaren Gepräge des Kindisch-Albernen aus, er liebte es Dialekte nachzuahmen, andere Kranke zu necken, zeigte seine starke sexuelle Erregung durch Ausziehen der Kleider bis zu völliger Nacktheit, durch Heraushängenlassen der Genitalien und obscöne Redensarten. Die Hallucinationen nahmen beständig zu und allmählich einen einförmigen Charakter an, die des Gehörs waren besonders massenhaft. Im Laufe der Jahre trat die Aufregung völlig zurück, und es blieb dauernd eine ruhige hallucinatorische Verrücktheit, deren Wahnideen lediglich in Erklärungsversuchen seines Hallucinirens bestanden, daneben bemerkte man entschieden geistige Abschwächungen. Er sucht aus dem Alten und Neuen Testament zu beweisen, dass auch die Propheten und Jünger an Geister geglaubt hätten. Er hört beständig, meist aus einer Ecke des Zimmers Stimmen, die entweder das unsinnigste Zeug reden, oder was ihn noch mehr ärgert, Prügeleien, ihm durch Klopfen kenntlich, ausführen. Sie nennen ihm immer erst ihren Namen, wenn sie sprechen, und er ist der Ansicht, dass es Geister seien; da er Gottes Stimme oft dazwischen hört, so glaubt er, dass dieser ihn plage; er lässt sich oft zu lauten Gotteslästerungen und Unwillensäusserungen hinreissen. Gelegentlich sieht er die Geister auch als Lichterscheinungen, kleine, daumengrosse Gestalten, Köpfe u. ähnl.

Ferner sind leichte Grössenideen vorhanden, er nennt sich „Freiherr von M., der Verständige.“ Der Adelstitel komme ihm von Alters her zu, und den Beinamen habe er sich mit Recht beigelegt wegen seiner Geistesstärke. So sucht er sich auch unter den Kranken stets eine gewisse Aufsichtsstellung anzueignen, bietet sich auch für die verschiedensten Stellungen in der Anstalt (als Director, Arzt, Prediger etc.) an. Sein Gedächtniss ist ausgezeichnet, ein charakteristisches Gemisch erhaltenen Wissens und schwachsinniger Verwerthung, eine Specialität ist seine Neigung zu etymologisirenden Spielereien, die er an jedem Namen oder auch sonst ausübt, ohne Berücksichtigung der sprachlichen Verhältnisse nur dem Aehnlichklange der Wörter verschiedener Sprachen nach. Krankheitsbewusstsein fehlt völlig; er hält sich durchaus für ganz gesund, erträgt daher seine vermeintliche Gefangenschaft nur widerwillig und

sucht sich ihr öfter durch überlegte und im ersten Anfang schlaue, in der Fortsetzung aber stets ungeschickt angestellte und daher erfolglose Fluchtversuche zu entziehen. Ein gewisser Grad von Gemeingefährlichkeit besteht darin, dass er gegen die Geisterecke oft thätlich reagirt und wiederholt die Ansicht äussert, es werde am Besten sein, die Geister durch Feuer zu vertreiben, eine Ansicht, der er zweifelsohne bei gegebener Gelegenheit die praktische Ausführung folgen lassen würde.

Körperliche Krankheitserscheinungen sind keine vorhanden. Seine frühere Schwächlichkeit und scheinbare Anlage zu einem gewissen Siechthum hat mit den Jahren einem vortrefflichen Ernährungs- und Kräftezustand Platz gemacht, und der Kranke ist jetzt gewissermaassen mit Recht stolz auf seine Gesundheit.

In einem sonst sehr klaren Briefe an seinen Vater vom . . . . . . schildert er seinen Zustand selbst folgendermaassen: „Im Grossen und Ganzen stellt sich mir mein Loos seit einiger Zeit unter dem Bilde eines Sieges nach hartem Streite dar oder anders angesehen, als ein Gewebe von Druck, Gegendruck, Freude, Leid, Schule, Arbeit, Mühe, in welchem aber der Friede des göttlichen Segens hindurchschimmert. — Ich glaube, ich predige jetzt besser, und spüre in mir eine sonst nie empfundene Productionskraft für diese Seite meiner Amtsthätigkeit, und zugleich — die Zuversicht, ich kann alles ertragen, was Gott mir in Zukunft senden wird."

Wie sehr er unter dem Einflusse der Hallucinationen steht, zeigt folgendes Schriftstück vom 23. Februar 1883 an die Polizei zu Görlitz:

„Im Interesse einer geängstigten Bevölkerung mache ich die Anzeige, dass mir eine Stimme sagt, (es war eines Herrn Joseph Elsner's Stimme, auch eines Gerbers Stimme), dass Gefahren für die Unversehrtheit etlicher Bewohner vorhanden seien.

Th. M., em. Prediger etc.

NB. Ich bitte aus der Dr. K.'schen Anstalt als ein gesund Erklärter in Freiheit gesetzt zu werden."

In einem Briefe an seinen Vater vom 11. October 1885 finden sich u. a. folgende Stellen: „Seit 1882 bin ich mit Str. M., die in Berlin wohnen, von Berlin nicht gut genug behandelt worden . . . . . . Die Krankheit der lieben Mama war wohl die Ursache, dass ein Besuch (seiner Frau) in Görlitz lange hinausgeschoben wurde. Hättet Ihr mich um Rath gefragt, so würde ich, obwohl ich damals noch nicht den Titel eines Doctors der Medicin führte, wohl Mama am Leben erhalten haben, doch will ich es noch nicht bestimmt sagen! Seit April bin ich Doctor der Medicin, meine Doctor-Thesen lauten: Man wackle nicht mit den Zähnen! Man ziehe keine Zähne aus! Man wärme sich nach dem Niesen. Deine Emeritirung habe ich . . . . . gelesen . . . . . Komm doch und hole mich, lieber Papa, mit einem der Brüder, meiner lieben Frau oder mit Herrn . . . . ., aber seid ganz charakterstark, mich zu holen, was auch Direktor K. oder Dr. Z. spricht: Ich müsse erst noch gesunder werden! Ich bin schon seit Jahren blühende Gesundheit.

Meine Frau Gemahlin und meine lieben Töchter sollen sehr gut mit Hochachtung und Freundlichkeit behandelt werden! . . . .

Wird Dich Kaiser Wilhelm nicht zum evangelischen Bischof ernennen? Es wäre an der Zeit! . . . Von bösen Geistern in der Mauer werde ich oft genug geängstigt, so dass ich mich von hier fort zu Euch sehne . . . . Ich wiege 174 Pfd., ich bin dichthaarig und vollbärtig. Herr Sup. S. erlaubte mir einen Bart zu tragen. Könnte er nicht einen Orden bekommen? . . . .

Lebt wohl! Beschützt Euch vor bösen Geistern und bösen Menschen! Dein Sohn Th. der liebe †. (Diese Abkürzung heisst verstorben). . . . . Mamas Stimme höre ich öfters."

Seine Grössenideen treten besonders in folgendem Briefe vom 29. November 1885 hervor: „Mein lieber Vater! Zu Deiner Emeritirung . . . . . sende ich Dir einige Zeilen meiner Theilnahme als Sohn, als emer. Prediger und als ein Sohn, der sich schmeichelt, die Kräfte zu Deiner Nachfolge im Berliner Amt zu besitzen . . . . Ich muss Dich bitten, mich als einen längst Genesenen aus der K.'schen Anstalt zurückzuholen. Auch warne ich Euch vor bösen Geistern, deren Worte mich manchmal mit Angst um Euch und andere Lieben erfüllen. . . . . .

Kaiser Wilhelm erhebe Dich in den evangelischen Bischofsstand, nachdem ich mich zum ersten evangelischen Erzbischof Preussens und Deutschlands im Jahre 1884 erhoben habe, wofür ich Seiner Majestät Anerkennung bitte."

Der Zustand des Pat. blieb im wesentlichen unverändert: Hallucinationen von verfolgenden Geistern, gegen welche er die Polizei um Schutz bittet, oder gegen die er sich auch selbst mit einem Pantoffel oder beim Essen z. B. mit der Serviette wehrt, leichte Grössenideen (er adressirt z. B. an seine Frau, an die „gnädige Frau L. v. M.", er soll einen Orden bekommen etc.) verbunden mit zur Zeit schon schwachsinnigen Ideen oder Handlungen (seine Versetzung könne erst dann stattfinden, wenn er sich die Haare 6 Mal schneiden und 6 Mal wachsen lasse; er will sich durch einen Kuss, den er Herrn Dr. M. zugedacht hat, dessen Gunst erwerben, lernt sich aus sämmtlichen Provinzen die Landrathsämter auswendig etc.) spielen die Hauptrolle.

Im Jahre 1890 wurde Pat. ungeheilt einer Anstalt in N. zugeführt, in der er sich noch jetzt befindet.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Friedrich Wilhelm Julius K., Stadtrichter, 53 Jahre alt, Sohn eines Bäckermeisters zu Berlin, kleine, schwächliche, magere Erscheinung, ist am 4. Juni 1871 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Geistig begabt und fleissig, beendete er in regelmässigem Gange seine Gymnasial- und Studienzeit und wurde nach Ablegung der vorschriftsgemässen Prüfungen und kurzer praktischer Ausbildung als Stadtrichter in Berlin angestellt. Von jeher von sonderbarem, scheuem, zurückgezogenem Wesen war er stets äusserst gewissenhaft, peinlich und pedantisch. Die Veranlassung für die Ausbildung der primären Veranlagung zu einer floriden Psychose gab der Tod des Vaters und infolge davon die Theilung des Nachlasses. Patient aus seinen gewohnten Verhältnissen jäh verscheucht, erhob wegen ungerechtfertigter Ansprüche Klage gegen seine Geschwister und wurde ausgesprochener Querulant. Mit seinen Forderungen zurückgewiesen, bildete er einen allgemeinen Verfolgungswahn aus, in dem vornehmlich nun die persönliche Zurücksetzung seit seiner Geburt und vornehme Abstammung eine Hauptrolle spielten. In der Anstalt setzte er seine schriftlichen Denunciationen fort und verklagte den Leiter derselben und seine Ehefrau wegen wiederholten versuchten Giftmordes. Da nach des Patienten Meinung seine sämmtlichen Eingaben, Klagen und Beschwerden an Gerichte und Behörden unterschlagen wurden, so wurde infolge mehrfacher Gerichtsbeschlüsse, deren Datum Patient genau anzugeben weiss, die Concession zum Betriebe der Anstalt und das Eigenthum an Grundstücken und Gebäuden dem p. L.'schen Ehepaare entzogen und auf den Patienten übertragen. Infolge vollständig systematischer Ausbildung dieses Wahngebäudes bildet jede Aenderung in der Anstalt, jeder Eintritt eines neuen Patienten oder eines neu Angestellten eine erneute Verfolgung des Patienten. „Niemand hat auf seinem Grundstück etwas zu suchen, er verbietet jede Veränderung, jeden Neubau, jede Neuanschaffung; alle Personen, welche mit ihm zusammenkommen, sind unter falschem Namen in der Anstalt, spioniren ihn aus und werden von seinem Gelde bezahlt. Deshalb dürfen die Inspectoren etc. nicht auf Urlaub und auf Reisen gehen, weil auch das des Patienten Geld kostet." Daher wird vom Patienten über die Daten des Antritts und der Beurlaubungen der Angestellten, wie über den Ein-

und Austritt der Patienten in „Manual- und Hauptacten“ genau Buch geführt und wiederholt „die Fortschaffung“ der betreffenden Personen verlangt.

Patient hat ein vorzügliches Gedächtniss für alle Ereignisse der Vergangenheit und erzählt von seinen Reisen, von seinen Amtshandlungen und von seinen privaten Erlebnissen oft und gern. Macht dazwischen Jemand eine Bemerkung, so weist diese Patient kurz zurück („Das geht Sie ja gar nichts an!“ oder: „Darüber wünsche ich mit Ihnen nicht zu sprechen!“) und fährt in seiner Erzählung ruhig fort. Dabei wird aber stets die Geldfrage in den Vordergrund gestellt, bei jeder Reise der Preis des Billets oder des Postscheins genau angegeben; z. B. erzählt Patient: „In Bern musste ich für einen Pass 2 Thaler bezahlen; dafür bekommt man schon ein ganzes Ries Papier.“ Die Pferdebahn wird als vom Patienten nicht erlaubte Neuerung verflucht, dagegen der alte Omnibus gelobt, dessen Conducteur einst für seine Processgegner (so nennt Patient stets seine Geschwister, wie er auch nur vom Nachlassgrundstück spricht) das Essen für einen Preis von 1 Thaler 6 Sgr. in einem Menagekorb herausgebracht hätte. —

Macht eine Person eine dem Patienten unangenehme Aeusserung oder stellt er ihm nur bei Tisch nicht die Kartoffeln wie gewöhnlich hin, so fährt Patient heftig auf: „Ich verlange die Vollstreckung der Erkenntnisse, ich verlange, dass Sie auf das Schaffot kommen und ausgehauen werden; Sie haben hier gar nichts zu suchen; ich gönne Ihnen weder das Leben, noch das, was zum Leben gehört; ich habe schon 50 Dienstmänner bestellt, die Sie fortschaffen und durchprügeln sollen.“ —

Die Zeitungen, in denen nur Lügen stehen, liest Patient nur, um Namen von Personen herauszufinden, welche einmal in seinem Leben ihm vorgekommen sind. Von diesen glaubt er sich nun immer verfolgt und richtet an dieselben Briefe des unten stehenden Inhalts. Bemerkenswerth ist an denselben die in einem zwanzigjährigen Aufenthalte in der Anstalt festgehaltene stereotype Form, welche jedoch jedem besonderen Falle genau angepasst wird, und die Namensunterschrift, welche dem Gange der Transformation der Persönlichkeit genau entspricht:

1) „Klage-Anmeldung

des Herzogs Wilhelm von Braunschweig und Oels und Grafen von Schwedt wider 1. Fürst von E., 2. Ehefrau desselben, 3. Geschäftsführer des E.'schen Weingeschäfts, 4. Geschäftsführer des Weinverkaufs im E.-Keller zu Wien, 5. v. T., 6. Ehefrau desselben, 7. M. J., 8. Baumeister K., 9. Ehefrau desselben, 10. v. F., 11. v. B., 12. Ehefrau desselben, 13. Graf C., 14. Graf Z., 15. Graf A., 16. Ehefrau desselben, 17. Graf S., 18. Ehefrau desselben, 19. Graf K., 20. Graf S., 21. Graf T., 22. P., 23. v. G., 24. v. V., 25. Graf P., 26. v. S., 27. F., 28. Graf C., 29. T., 30. S., 31. T., 32. Erzbischof von Pest, 33. Ober-Rabbiner von Pest, 34. Geschäftsführer des F., 35. Präsident der Pester Kurie, 36. Pester Ober-Post-Direktor, 37. Pester Polizei-Präsident, 38. Pester Ober-Bürgermeister, 39. Bürgermeister von Fiume, 40. Pester General-Staats-Anwalt, 41. Pester Ober-Staats-Anwalt, 42. Pester Staats-Anwalt, 43. Redakteur des Pester Lloyd, 44. Herausgeber des Pester Lloyd, 45. Pester Honved-Inspekteur, 46. Pester Honved-Kommandeur, 47. 48. Vorsteher der Pester Schützengilde, 49. Rendant der Pester General-Staats-Kasse, 50. Graf P., 51. Graf B., 52. v. C., 53. v. K., 54. M., 55. Weinhändler L., 56. Hafendirektor von Fiume

I. wegen eines Entschädigungs-Anspruches von Zehn Millionen Thalern nebst Zinsen und Zinseszinsen zu Fünf Prozent jährlich seit dem 1. April 1873,

II. wegen Herausgabe resp. Erstattung unterschlagener Gelder und Werthbeträge nebst Zinsen und Zinseszinsen zu Fünf Prozent jährlich.

I. Die Verklagten haben sich ohne meinen Willen und wider meinen Willen in meine Angelegenheiten gemischt und mir dadurch grossen Schaden zugefügt.

Es handelt sich um Hochverrath, versuchten Mord, widerrechtliche Freiheitsberaubung, Hausfriedensbruch, Gebrauch falscher Namen, Titel, Würden, Raub, Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, Sachbeschädigung, Körperverletzung, Misshandlung, Ehrenkränkung, viele andere unerlaubte Handlungen, viele Verletzungen von Amtspflichten durch öffentliche Beamte. Ich berechne den Schaden, welchen die Verklagten mir durch ihre Einmischung in meine Angelegenheiten zugefügt haben, auf mindestens Zehn Millionen Thaler nebst Zinsen und Zinseszinsen zu Fünf Prozent jährlich seit dem 1. April 1873 und melde zur Wahrung meiner Rechte die Klage wegen dieses Entschädigungs-Anspruches wider die Verklagten an.

II. Alle Handlungen der Verklagten erkenne ich nicht an, missbillige ich und verfluche ich. Alles, was die Verklagten an baaren Geldern und Werthbeträgen erhalten haben, beanspruche ich selbst, nebst Zinsen und Zinseszinsen mindestens zu Fünf Prozent jährlich. Die Verklagten haben aber nichts an mich abgeliefert, vielmehr Alles unterschlagen. Die Verklagten v. T., Ehefrau desselben, v. F., v. B., Ehefrau desselben, Graf A., Ehefrau desselben, 17. Graf S., Ehefrau desselben, Graf K., Graf S., (zu 5. 6. 10. 11. 12. 15. 16. 17. 18. 19. 20) haben mindestens Beträge von je Einhundert Tausend Thalern unterschlagen. Die Verklagten Fürst E., Ehefrau desselben, 8. K., Ehefrau desselben, Graf C., (zu 1. 2. 8. 9. 13) haben mindestens Beträge von je 20,000 Zwanzig Tausend Thalern unterschlagen. Die anderen Verklagten haben mindestens Beträge von je Eintausend Thalern unterschlagen. Ich melde auch die Klage wegen der unterschlagenen Gelder und Werthbeträge nebst Zinsen und Zinseszinsen wider die Verklagten an.

Schoeneberg bei Berlin, den Ersten Juni Eintausend Achthundert Einundneunzig.

Wilhelm Herzog von Braunschweig u. Oels und Graf von Schwedt,
früher Friedrich Wilhelm Julius Baron von Schwedt, Reichs-Kanzler des Deutschen Reichs und Königlich Preussischer Staats-Minister — früher Wilhelm K.

An das Königliche Ungarische Gericht zu Pest.“

2. „Schoeneberg bei Berlin, den Zweiten Juni Eintausend Achthundert Einundneunzig.

An die Universität zu Leipzig. Ich untersage der Leipziger Universität, allen jetzigen, früheren und zukünftigen Universitäten, Lehr-Anstalten, Unterrichts-Anstalten, Erziehungs-Anstalten, auch Verpflegungs-Anstalten, allen Personen, welche auf irgend eine Weise der Universität Leipzig, den anderen Universitäten und Anstalten angehören, angehört haben, in Zukunft angehören werden, allen Personen, welche auf irgend eine Weise in den Geschäften der Universität Leipzig, der anderen Universitäten und Anstalten, der vorbezeichneten Personen thätig sind, thätig gewesen sind, in Zukunft thätig sein werden, mit Einschluss der Kassenbeamten, Zahlmeister, Kassen-Rendanten, Kassirer, Kassen-Kuratoren, Quästoren, Kassendiener, Kassenboten, Universitätsrichter, Pedelle, sonstigen Unterbeamten, Portiers, Conciergen, Thürsteher, Thürwärter, Thürhüter, Pförtner, Schliesser, Thürposten, sonstigen Posten, allen jetzigen, früheren und zukünftigen Staatsangehörigen, Bewohnern, Bewohnerinnen, Besuchern, Besucherinnen des Königreichs Sachsen, des Preussischen Staates, des Deutschen Reiches, des Oesterreich-Ungarischen Staates, des Französischen Staates, des Spanischen Staates, der Schweiz, von Italien, des Russischen Staates, des Grossbrittannischen Staates, von Europa, von Asien und von Amerika und allen anderen Personen, welche dort verweilen, verweilt haben, in Zukunft verweilen werden, sowie allen jetzigen, früheren und zukünftigen Mitgliedern der Familien aller dieser Personen jede Einmischung in meine Angelegenheiten. Ich verlange, dass eine jede Person stets erfährt, dass der O. K. sich nicht im Besitze der Ehrenrechte befindet, dass ich auch die Vollstreckung

der im Jahre 1871 durch die Gerichts-Deputation Oranienburg wider O. K. ausgesprochenen 6 monatlichen Gefängnissstrafe und die strafrechtliche Verfolgung desselben wegen der in der ersten Hälfte des December 1872 verübten Anfertigung falscher Wechsel (auf meine frühere Namens-Unterschrift) und wegen aller anderen von demselben verübten strafbaren Handlung (sic) verlange. Alles, was die Leipziger Universität und die anderen vorgenannten beziehungsweise bezeichneten Personen sowie überhaupt andere Personen irgend einer Art in der Nähe und in der Ferne, insbesondere Personen, welchen ich auf irgend eine Weise die Einmischung in meine Angelegenheiten bereits untersagt habe oder in Zukunft untersagen werde, bereits erhalten haben, erhalten, in Zukunft erhalten werden, beanspruche ich selbst. Ich verlange von Allem stets auch Zinsen und Zinseszinsen, mindestens zu Fünf Prozent jährlich. Ich verlange von einer jeden Person stets auch schleunige Rechnungslegung. Ich verlange, dass Alles stets auch mindestens sichergestellt wird. Alle Handlungen der Leipziger Universität und der anderen vorgenannten beziehungsweise bezeichneten Personen erkenne ich nicht an, missbillige ich und verfluche ich. Hier hat es sich stets auch um Hochverrath gehandelt. Ich bin mit Allem und mit Allen unzufrieden. Ich erkläre, dass ich meine Geschwister und deren Nachkommenschaft enterbe resp. enterben will. Ich hasse und verfluche alle Menschen.

Wilhelm Herzog von Braunschweig und Oels und Graf von Schwedt,
früher Friedrich Wilhelm Julius Baron von Schwedt, Reichs-Kanzler des Deutschen Reichs
und Königlich Preussischer Staats-Minister — früher Wilhelm K.“

3. „Schoeneberg bei Berlin, den Eilften Juni Eintausend Achthundert Einundneunzig.
An den Inhaber der Wirthschaft und die Ehefrau desselben auf Viktorshöhe
in der Nähe von Harzgerode.

Ich untersage Ihnen und allen jetzigen, früheren und zukünftigen Mitgliedern Ihrer Familien mit Einschluss der Schwägerschaften jeder Art ohne Einschränkung des Grades — allen jetzigen, früheren und zukünftigen Bewohnern, Bewohnerinnen, Besuchern, Besucherinnen der Viktorshöhe und der in der Nähe befindlichen Oertlichkeiten — allen jetzigen, früheren und zukünftigen Mitgliedern Ihres Geschäfts-, Dienst-, Haushaltungs- und Wirthschaftspersonals — allen jetzigen, früheren und zukünftigen Inhabern, Inhaberinnen von Wirthschaften irgend einer Art, Gastwirthen, Gastwirthinnen, Gasthofsbesitzern, Gasthofsbesitzerinnen, Hotelbesitzern, Herbergswirthen, Schankwirthen, Inhabern von Schankgerechtigkeiten, Kaufleuten, Handelsleuten, Gewerbetreibenden, Fabrikanten, Fabrikbesitzern, Fuhrwerkbesitzern, Fuhrleuten, Kutschern, Wagenbegleitern, Eigenthümern, Eigenthümerinnen, Besitzern, Besitzerinnen, Inhabern, Inhaberinnen von Transportmitteln, von Transportgeräthschaften jeder Art und deren Geschäfts-, Dienst-, Haushaltungs- und Wirthschaftspersonale — allen jetzigen, früheren und zukünftigen Bewohnern, Bewohnerinnen, Besuchern, Besucherinnen der Landestheile, welche das jetzige Herzogthum Anhalt bilden, des Preussischen Staates, des Deutschen Reiches, des Oesterreichisch-Ungarischen Staates, des Französischen Staates, des Spanischen Staates, der Schweiz, von Italien, des Russischen Staates, des Grossbrittannischen Staates, von Europa, Asien und Amerika und allen anderen Personen, welche dort verweilen, verweilt haben, in Zukunft verweilen werden, sowie allen jetzigen, früheren und zukünftigen Mitgliedern der Familien aller dieser Personen jede Einmischung in meine Angelegenheiten. Ich verlange, dass eine jede Person erfährt, dass der O. K. sich nicht im Besitze der Ehrenrechte befindet, dass ich auch die Vollstreckung der im Jahre 1871 durch die Gerichts-Deputation Oranienburg wider O. K. ausgesprochenen 6 monatlichen Gefängnissstrafe und die strafrechtliche Verfolgung desselben wegen der in der ersten Hälfte des December 1872 verübten Anfertigung falscher Wechsel (auf meine frühere Namens-Unterschrift) und wegen aller anderen von demselben verübten

strafbaren Handlungen verlange. Alles, was Sie und die anderen vorgenannten beziehungsweise bezeichneten Personen sowie überhaupt andere Personen irgend einer Art in der Nähe und in der Ferne, insbesondere Personen, welchen ich auf irgend eine Weise eine Einmischung in meine Angelegenheiten bereits untersagt habe oder in Zukunft untersagen werde, bereits erhalten haben, erhalten, in Zukunft erhalten werden, beanspruche ich selbst. Ich verlange von Allem stets auch Zinsen und Zinseszinsen, mindestens zu Fünf Prozent jährlich. Ich verlange von einer jeden Person stets auch schleunige Rechnungslegung. Ich verlange, dass Alles stets auch mindestens sicher gestellt wird. Alle Ihre Handlungen und alle Handlungen der anderen vorgenannten beziehungsweise bezeichneten Personen erkenne ich nicht an, missbillige ich und verfluche ich. Hier hat es sich stets auch um Hochverrath gehandelt. Ich bin mit Allem und mit Allen unzufrieden. Ich erkläre, dass ich meine Geschwister und deren Nachkommenschaft enterbe resp. enterben will. Ich hasse und verfluche alle Menschen. — Bei Gelegenheit des Besuches der Viktorshöhe habe ich einen Wagen benutzt, welcher auf die Dauer von drei oder vier Tagen gemiethet worden ist, dessen Wagenmiethe mehr als Dreizehn Thaler Zehn Silbergroschen — mehr als Vierzig Mark — mehr als Fünfzig Franks betragen hat. — Am 4. Juni 1871 habe ich ein von dem Tischler L. (M.-Strasse No. 56 zu Berlin) zum Preise von Fünfunddreissig Thalern angefertigtes mahagoni Spind mit Glas- und Spiegelwänden — eine sogenannte Servante — besessen. In diesem Glasspinde haben sich auch viele feine Porzellan- und Glassachen befunden — hat sich auch ein feiner Pfeifenkopf von Porzellan mit Oelmalerei — mit zwölf darauf gemalten Harz-Ansichten befunden. Dieser Pfeifenkopf mit Oelmalerei ist in Ihrem Geschäftslokale zum Preise Eines Thalers gekauft worden. Am 4. Juni 1871 habe ich auch verschiedene aus dem Harze herrührende — namentlich aus dem Geschäfte des Buchbinders und Galanteriewaarenhändlers H. zu Wernigerode herrührende Papiersachen besessen, welche zusammen mehr als Einen Thaler kosten — eine Harzrose Preis Fünf Silbergroschen — eine Harzkarte Preis $7^1/_2$ Sgr. — ein kleines Harz-Album Preis 5 Sgr. — ein Bild der Steinernen Rinne Preis 15 Sgr. Ich wünsche eine Bescheinigung dieser Thatsachen zu erhalten.

Wilhelm Herzog von Braunschweig und Oels und Graf von Schwedt,
früher Friedrich Wilhelm Julius Baron von Schwedt, Reichs-Kanzler des Deutschen Reichs
und Königlich Preussischer Staats-Minister — früher Wilhelm K.

Krankengeschichte 4. Eigene Beobachtung. Paranoia mit originärer Demenz combinirt. Frl. E. S., 16 Jahre alt, stammt von einer nervösen Mutter, während Geisteskrankheiten in der Familie nicht vorgekommen sind; sie hat nur die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht und lernte bei normaler Veranlagung gut, beschäftigte sich viel mit Poesie, war stets etwas excentrisch und phantastisch und nicht besonders fromm. Als Mädchen war Patientin sehr ausgelassen, übermüthig und ohne besondere Veranlassung oft sehr aufgeregt. Ostern 1886 begann Patientin, nachdem sie kurz vorher die Beziehungen zu einer intimen Pensionsfreundin kurz abgebrochen hatte, verwirrt zu reden; sie meinte, man wolle sie, wenn ein Gegenstand anders als sonst lag, auf die Probe stellen. Seitdem war die Stimmung häufig wechselnd. Patientin sass in Gesellschaft theilnahmlos da, weinte viel, hatte Todesahnungen u. dgl. m. Nach einem dreimonatigen Aufenthalt bei einer befreundeten Familie in Kassel trat bald der alte Zustand wieder ein, und im Sommer 1887 kehrte Patientin schon nach achttägiger Abwesenheit aus Colberg wieder nach Hause zurück, verlor jede Neigung zu Beschäftigung und gerieth während des Winters in immer steigende Erregung. Es entwickelte sich ein heftiger Hass gegen die Familie und besonders gegen den Vater, durch dessen Schuld ihr Leben ein verlorenes sei. Nach einigen Sommerwochen der Erholung in Obornik bei Breslau wurde Patientin im Winter 1889 zu Hause fast unerträglich, sie

ging auf den Vater mit dem Stock los, warf mit Steinen nach ihm und demolirte plötzlich ohne Veranlassung Gegenstände im Zimmer. In letzter Zeit verlangte Patientin viel Geld und verklagte ihren Vater und Bruder auf der Polizei. Zu einer Kur nach Berlin gesandt, wurde Patientin am 17. September 1890 der Maison de santé zugeführt. Die Nacht verbrachte Patientin vollständig angekleidet auf einem Stuhle sitzend und nur zeitweise schlafend und bat am Morgen beständig, sie fort zu lassen, ihre Verwandten hätten sie nur vergessen; weshalb sie in der Anstalt sei, wisse sie nicht, sie würde auf keinen Fall länger als 8 Tage bleiben, sie brauche einen Rechtsanwalt und keinen Arzt.

Die Stimmung wechselt im Verlaufe weniger Tage beständig, bald ist Patientin unzufrieden, missmuthig und zankt und schimpft, bald ist sie liebenswürdig und umgänglich, bald singt und pfeift sie und ist fleissig mit einer Handarbeit beschäftigt, bald sitzt sie Stunden lang in Hut und Mantel da und wartet auf ihre Entlassung. Meist ist Patientin unzufrieden und verdrossen und geneigt, die harmlosen Aeusserungen der Umgebung verkehrt aufzufassen, auf die eigene Person zu beziehen und verletzend zu beantworten. Den Gruss des Arztes legt sie in wunderlicher Weise als für ihre Entlassung bedeutungsvoll aus und glaubt die Vorübergehenden gäben ihr Zeichen wegen ihres Fortkommens: Sie brauche nur durch die Seitenthür zu gehen, dann wisse sie schon, wo sie bleiben solle.

Patientin weigert sich zu baden (Landleute hätten darin ihre eigenen Anschauungen) und die Wäsche zu wechseln, damit sie keine unnützen Nebenkosten mache; auch fürchtet sie, das Innehalten der richtigen Mahlzeiten könne ihrem Fortkommen schaden. Patientin will beständig fort; eine Kur könne nicht länger als 6 Wochen dauern, sie sei schon längst abgemeldet, sie hänge von keinem Menschen ab und wisse, was sie zu thun habe: sie hätte aber nichts Feines anzuziehen und müsse erst in einem bestimmten Zimmer wohnen, ehe sie entlassen werden könne. Die Aerzte behielten sie nur hier, um zu probiren, ob sie auch angesteckt würde.

Patientin fürchtet überall von giftigen Dünsten angesteckt zu werden, weigert sich deshalb in den Garten zu gehen, hält sich, wenn sie über den Corridor geht, Mund und Nase mit dem Taschentuch zu und vermeidet jede enge Berührung mit den anderen Patienten. Alles sei voller Ansteckung, daher habe sie die ziehenden Schmerzen in der Seite; von dem ängstlichen Athmen habe sie Brustschmerzen bekommen und sei ganz schief geworden. Drei Mal sei sie elektrisirt worden, das letzte Mal bei Tische: Die Damen hätten sich die Hände gereicht, und gleich darauf habe sie die Wirkung verspürt.

Wie die Stimmung, so wechselt in dem Monate langen Aufenthalte das Benehmen der Patientin fast allwöchentlich. Zeitweise im Umgang freundlich und liebenswürdig, ist sie bald darauf gereizt und ohne allen Grund heftig und ausfallend: Einer Zimmergenossin, die sich beklagt, dass Patientin Nachts in Stiefeln im Zimmer umhergeht, bietet sie Ohrfeigen an und schlägt die Wärterin.

Häufig klagt Patientin darüber, dass sie von ihrem Vater vernachlässigt sei; während er auf ihren Bruder, den dämlichen Bengel, dem man an seinem Augenblinzeln ansehe, dass er nicht recht gescheut wäre, viel Geld verwendet hätte, sei ihr das Geld zu der nothwendigsten Kleidung und der Anbau am Hause mit einer für sie passenden Wohnung, wie sie alle Herrschaftstöchter hätten, verweigert worden. Den Vater habe sie bei der Polizei verklagt; das thue jedes Dienstmädchen, wenn es schlecht behandelt würde; an den Vater zu schreiben (vgl. den Brief an ihren Vater) fiele ihr nicht ein: „Ich verhandle nur mit dem Commissarius (vgl. den Brief an denselben), mit so einem alten Manne macht man keine Umstände, der gehört in's Ausgedingestübchen. Es kommt ihm nicht zu, sich Rechte über mich anzumaassen; er hat sich

selbst seit Jahren mir gegenüber als Greis aufgespielt, er vertritt kein öffentliches Amt mehr und muss sich meinen Wünschen fügen."

Ueberhaupt vermeint Patientin, eine Person von besonderer Bedeutung zu sein, und fragt beim Vater brieflich an, ob ihr nicht die Führung des Doctortitels zustände. Als einmal auf der Station Besuch ist, stellt sich Patientin mit dem Pelzbarett auf dem Kopfe mitten in's Zimmer, „damit man sehe, dass sie Gutsbesitzerstochter sei." In dem Zimmer einer anderen Patientin sitzt sie längere Zeit, nicht um dieselbe zu besuchen, sondern sie habe ein Recht dazu, weil sie länger in der Anstalt sei. Wiederholt weigert sich Patientin, zum Essen in den Saal zu kommen, weil sie nicht den ihr gebührenden Platz einnähme.

Als besonders charakteristische Belege für die geistige Verfassung der Patientin mögen folgende Briefe dienen:

1. 12. October 1890. „Sehr geehrter Herr Commissarius L! Bis heutigen Tages ist mir noch kein Schreiben von Ihnen zugegangen. Ich weiss nicht, ob Sie es nicht gewagt haben aus Furcht, Sie könnten ebenfalls von einem Berliner in eine Falle gelockt und irgendwo eingesperrt werden, oder aber ob mir Ihre werthen Schreiben nur vorenthalten werden. Jedenfalls bitte ich Sie, kraft Ihres Amtes, meine Forderung, von hier freigelassen zu werden, auf jede mögliche Weise zu stützen. Der Aufenthalt ist für mich haarsträubend. Ich zittere hier Tag und Nacht. Durch das angstvolle Athmen habe ich nun in den verflossenen vier Wochen minus drei Tagen schon gehörige Lungenschmerzen bekommen. Ich bin keinesfalls gesonnen, mich von den hiesigen Aerzten ferner behandeln zu lassen, wo ich in meinem Bekanntenkreise mehrere Aerzte besitze. Sie waren selbst zugegen, dass ich zur Erholung auf Reisen gegangen bin .... Ein hiesiger Chefarzt war so freundlich, mir gleich in den ersten drei Tagen zu erlauben, nach B. zu gehen und meine Angelegenheiten zu ordnen, findet jedoch bei der Vorsteherin und dem jungen Arzt gar kein Ohr. Man ist noch viel weiter gegangen. So lange man — kurzum, ich habe hier noch keinen ruhigen Augenblick gehabt und werde es auch nicht. Eine Irrenanstalt kann nicht zu gleicher Zeit eine Erholungsstation sein, für mich nie. Sie haben also wohl die Güte, sich endlich etwas mit meiner Angelegenheit zu beschäftigen. Fragen Sie nach Rechnung. Es muss eine gewisse Summe gezahlt werden und Sicherheit geleistet werden, sonst werden die Sachen beschlagnahmt. Schlimm genug schon, dass Alles von Fremden ausgepackt worden ist, und notirt worden ist u. s. w. Ich bin sehr erschöpft von allen empfangenen Eindrücken und bitte mir Hilfe leisten zu wollen.

Mich besonders empfehlend zeichne Achtungsvoll E. S.

Bitte umgehend um Antwort."

An den Rändern des Briefes finden sich die Bemerkungen: „Was geht auf unserm Gute vor? Wie benimmt sich der Alte? Ich bitte um gefällige Antwort hierauf umgehend", und ferner: „Alles voller Ansteckung: o weh!"

2. 23. Mai 1891. „An das Königliche Distrikts-Amt zu O. Sehr geehrter Herr! Soeben hatte ich Besuch von Frl. G. Diese hat mir wieder eine Tüte Kuchen mitgebracht, ich ersuche Sie, mit meinem Vater zu besprechen, wie ich mich dafür abfinden könnte. Sie hat mir schon bei vorhergehenden Besuchen zwei Mal je eine Tüte mitgebracht. Ich möchte gern feststellen, dass ich es von dieser Familie nicht umsonst möchte; ich habe die Tüten nicht sofort wiedergegeben, weil ich von Haus gewöhnt bin, ab und zu Näschereien zu mir zu nehmen.

Ferner wollte ich nochmals ankündigen, dass mir ein neuer guter Hut, eine Tricottaille dringend nöthig wären.

Und ferner würde ich wiederholt bitten, mir per Briefträger das Geld zu einem Rückreisebillet zu schicken, ich möchte meinen Aufenthaltsort verändern."

3. „Lieber Papa! Mir ist schon öfter eingefallen, ob ich nicht auf Reisen einen Rang oder Titel habe. Oder vielmehr, ich bin sicher, gehört zu haben, dass ich auf Reisen und auf Visitenkarten den Doctortitel führen kann. Hast Du es nicht schon einmal schriftlich feststellen lassen, hier oder schon in Schlesien? Bitte, kläre mich doch darüber auf. Es liegt mir sehr viel daran, es bestimmt zu wissen.

Hier ist immer dasselbe.

Gestern Nachmittag überraschte mich wieder Trudchen G. und brachte mir wieder Kuchen mit.

Ich habe soeben den Vorsatz gefasst, Gardinen zu häkeln und ein recht breites Muster angefangen.

Auf mein letztes Schreiben hätte ich gern Antwort gehabt, ob ich 8 Tage in die Küche und Waschküche gehen kann. Auch habe ich einen Blumenteller angefangen zu malen. Ich muss mir nur erst hier das Holz kaufen und das Besorgungenmachen wird einem hier in unerhörter Weise erschwert. Also die erste Frage muss ich umgehend beantwortet wissen.

Besten Gruss von Deiner Tochter E. S.“

ZWEITES CAPITEL.

Die Hallucinose.

(Paraphantie — Kahlbaum, acute halluc. Verwirrtheit — Meynert.)[1]

Einleitung.

§. 281.

Diese Psychose ist ein Krankheitsbild von verhältnissmässig rasch ansteigender Entwicklung. Der Name der Krankheit zeigt das Charakteristische des Processes an: Er besteht in einer fast ununterbrochenen Aufeinanderfolge von Sinnestäuschungen. Diese Psychose habe ich als eine partielle psychische Depravation aufgestellt, weil die Geistesstörung lediglich durch eine heftige Alteration der sensorischen Sphäre entstanden ist. Auf Grund der auf das Individuum einstürmenden Sinnestäuschungen kommt es begreiflicher Weise auch zu Störungen der Besonnenheit, Logik und Schlussbildung. Das Primäre bleibt jedoch die sensorische Störung (cf. Einleitung d. B. §. 245).

I. Aetiologie.

§. 282.

Die ursächlichen Momente sind nicht besonders charakteristisch. Im Allgemeinen kann man eine gewisse Asthenie des Nervensystems und des Körpers, hervorgerufen durch schwächende Momente (lange Lactation, Ueberanstrengung verbunden mit wenig Schlaf), als Grund für die Entstehung dieser Psychose annehmen, doch kommen auch Fälle

---

[1]) Cf. Salgó, Compend. p. 283f. — Meynert, Klin. Vorl. p. 50. — v. Krafft-Ebing, Der (hallucinatorische) Wahnsinn, l. c. p. 397—413. — Kraepelin, Psych. p. 264—266.

zur Beobachtung, welche diese Aetiologie nicht zeigen. Als specielle Ursachen dieser Krankheit sind nach Meynert alle jene Momente aufzufassen, welche bei erhöhter Inanspruchnahme der cerebralen Leistungen und bei ungenügender Ernährung einen stürmischen Kräfteverfall herbeiführen, dieses ist z. B. bei dem Geburtsact und folgendem Puerperium der Fall, wie denn auch die psychische Störung des Puerperiums in der Mehrzahl der Fälle unter dem Bilde der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit verläuft.

II. Symptomatologie.

§. 283.

Die Psychose beginnt mit Unruhe, verringertem Appetit, Unstetigkeit; die Nächte werden schlecht, entweder schläft der Kranke unruhig mit vielen Träumen, wacht oft auf, oder es etablirt sich eine allgemeine Schlaflosigkeit. Bald steigt die Erregung und macht einer hochgradigen Exaltation, totaler Incohärenz und Unorientirtheit, rasch wechselnder Stimmung und wechselndem Benehmen, Logorrhöe etc. Platz. Auf Fragen geben die Hallucinanten keine Antwort, weil sie dieselben bei dem enorm gesteigerten Ablauf der Vorstellungen nicht aufnehmen; oder sie fassen nur ein einzelnes Wort auf und knüpfen daran eine mehr oder weniger sinnlose Folge von Worten an.

Es entwickelt sich bald Abstinenz auf Grund der vollständigen Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit durch die unausgesetzt wechselnden hallucinatorischen Vorgänge (cf. Sensibilitäts- und Gemeingefühlsstörungen §§. 130—132). Oder es findet eine verkehrte Anwendung der Nahrung statt; die Kranken verstreuen und verreiben die Speisen, reiben mit ihnen die Wände oder den Körper ein etc. (Salgó l. c. p. 284). Wegen der Jactationen, überhaupt wegen der psycho-motorischen Unruhe auf hallucinatorischer Basis sind Puls und Athmung beschleunigt. Oft entstehen phlegmonöse Entzündungen durch Stoss oder Fall, welche durch die Hyperkinesis der Kranken verursacht werden. Der Kranke bietet überhaupt viele Züge der hyperthymischen Erregung, und ist dann die richtige Diagnose ohne anamnestische Daten nicht leicht. Das Entscheidende sind die andauernden Sinnestäuschungen, die vollständige Verwirrtheit (cf. Perturbation §. 67) und die fehlende Einsicht des Kranken in seine Lage (cf. Differential-Diagnose).

Die Temperatur ist gewöhnlich nicht erhöht; besteht Fieber, so liegt stets eine somatische Ursache vor. Eine Temperaturerhöhung im Beginn der Erkrankung ohne nachweisbare Ursache lässt die Fälle als schwere erkennen; bei diesen tritt unter Benommenheit, weniger intensivem Bewegungsdrang, raschem Kräfteverfall, weniger floriden Delirien bald der Exitus ein (Salgó l. c.).

III. Verlauf.

§. 284.

Bei den mir bekannten Fällen wechselt häufig die Krankheit in ihrer Intensität. Andere Male war der Verlauf ein ungestörter bezüglich des Ansteigens und Abfallens der Symptome. Auch beherrschen die hallucinatorischen Vorgänge in einigen Formen das ganze Krankheitsbild, in anderen treten sie mehr im Vergleich zu den perturbatorischen Vorgängen zurück. Jedoch hat es den Anschein, als äussern die Kranken weniger ihre Sinnestäuschungen. Die mitunter beabsichtigte Nahrungsverweigerung giebt den Beweis dafür. Wenn Salgó Verlaufs-Varianten aufstellt und der Ansicht ist, dass stuporöse Zustände (Attonität) in einzelnen Fällen die Erregungszustände unterbrechen, dass dieselben von kurzer Dauer und als schnell vorübergehende Erschöpfungspausen zu betrachten sind, so glaube ich, ohne etwa an der exacten Beobachtung zweifeln zu wollen, dass es sich in diesen Fällen um Katatonieen handelt; es sprechen dafür die automatischen Bewegungen, die Verbigerationen (kataleptische Zustände — Meynert). Ganz zutreffend hebt Salgó hervor, dass die Remissionen der Aufregung und motorischen Unruhe keine Aenderung in dem psychischen Bilde setzen, dass besonders die Incohärenz und Benommenheit nach wie vor unverändert fortbestehen.

Von nicht günstiger Prognose sind die Restitutionen nach ein bis mehreren Tagen; es kann zu mehreren derartigen Unterbrechungen der Psychose kommen. Die wirkliche Restitution vollzieht sich viel allmählicher.

IV. Dauer und Vorkommen.

§. 285.

1. Die Dauer der Hallucinose ist verschieden. In einigen Wochen verlaufen die letalen Fälle. Durch die ununterbrochenen Jactationen, Hallucinationen etc. bereitet sich allmählich ein Collaps vor, dem der Kranke dann eventuell erliegt. Oder es kommt plötzlich auf der Höhe der Exaltation zum Hirnödem. Phlegmonöse Eiterungen, acute Miliartuberculose führen bisweilen zum Exitus. In drei bis fünf Monaten verlaufen die Fälle, die mit Heilung enden. Aus der Traumwelt, in welche den Kranken seine Sinnestäuschungen versetzt hatten, kehrt er allmählich durch ein Stadium stuporöser Reaction in die reale Welt zurück. Ueber die Zeit der Erkrankung besteht Erinnerungsverlust (Wille). Die Erinnerung ist nur eine summarische. Da der Kranke jedoch relativ lucide Intervalle hat, so ist die Reproduction der eigenen Krankheit in einzelnen Fällen möglich. Einzelne hallucinatorische Vorgänge haften

in der Erinnerung des Reconvalescenten und klingen noch längere Zeit nach. Wie nach Intoxikationshallucinosen (Cocaïn, Alkohol) dissimulirt der Kranke noch eine Zeit lang.

2. Vorkommen. Die Hallucinose ist vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen Alters vor dem 30. Jahre, doch habe ich auch eine Anzahl Fälle in höherem Alter (40—56) erkranken sehen. Es betraf die Erkrankung dann aber nur Frauen. Salgó hält sie sogar für eine der häufigeren psychischen Erkrankungsformen, sie übertrifft nach ihm sowohl Dysthymie wie Hyperthymie an Häufigkeit des Vorkommens.

V. Differential-Diagnose.

§. 286.

Zu Verwechslungen in der Diagnose kann es hauptsächlich kommen, wenn man nur auf die psycho-motorische Unruhe sein Augenmerk richtet. Man wird dann zweifeln, ob man eine Hyperthymie oder eine Hallucinose vor sich hat. Die Etymologie beider Termini giebt uns schon den Schlüssel in die Hand. Die Erregung der Hallucinatorischen ist keine Exaltation, beruhend auf einem Uebermaass der Gefühle, auf einer pathologisch gesteigerten Euphorie; von diesen Gefühlsbetonungen ist in der Hallucinose keine Rede, sondern wir haben es hier mit einer Reaction auf Sinnesdelirien zu thun. Die motorische Action tritt im Sinne bestimmter, von Delirien und Sinnestäuschungen gelieferter Handlungsimpulse in Scene (Salgó).

Von der Paranoia unterscheidet sich die Hallucinose insofern, als hier, selbst bei noch so langer Dauer, Systematisirung und logische Verknüpfung der Delirien zu einem förmlichen Wahngebäude im Allgemeinen nicht stattfindet, wenn auch ab und zu, namentlich in Zeiten der Remission, auch beim Hallucinanten einzelne Schlussfolgerungen aus den Delirien und Sinnestäuschungen vorkommen. „Der Hallucinose fehlt jedenfalls die Methode“ (v. Krafft-Ebing l. c. p. 403 f.). Denn im Allgemeinen lösen sich Delirien von dem verschiedensten Inhalte unter einander ab, ohne dass eine inhaltliche Verknüpfung zwischen ihnen bestände. Ein weiterer Unterschied von der Paranoia ist die Störung des Bewusstseins bei der Hallucinose und vor allem die verschiedene Entwicklungsweise beider Psychosen: Bei der Hallucinose acute stürmische Entwicklung, gleichsam wie ein Blitz aus heiterem Himmel, bei der primär veranlagten (das Epitheton sagt es schon selbst) Verrücktheit ein Monate bis Jahre dauerndes Incubationsstadium der Ahnungen, der Vermuthungen, der Unklarheiten, des Gefühls der Zurücksetzung etc. Es könnten bei der Paranoia die nicht selten episodisch auftretenden Zustände hallucinatorisch-

deliranter Verwirrtheit die Diagnose trüben. Die Kenntniss und Würdigung des Gesammtverlaufs wird auch hier die Situation klären.

Schliesslich kann unter Umständen, wie Salgó hervorhebt, die Differential-Diagnose zwischen paralytischer Geistesstörung und Hallucinose Schwierigkeiten machen, wenn erstere unter dem Bilde einer „Paralysie foudroyante“ verläuft. Doch wird der weitere Verlauf, besonders die bei der Paralyse bald auftretenden Lähmungssymptome in den meisten Fällen die Diagnose entscheiden.

VI. Prognose.

§. 287.

Die Prognose möchte ich nicht so ungünstig stellen wie Salgó, welcher die Hallucinose für eine ebenso Gefahr drohende Psychose quoad vitam hält wie die classische Paralyse. Die mir zur Beobachtung gekommenen Fälle sind sämmtlich geheilt, obschon einzelne von ganz beträchtlicher Intensität waren. Doch will ich mich gern der Ansicht des erfahrenen Arztes unterordnen.

VII. Therapie.

§. 288.

Dieselbe ist eine rein symptomatische. Tritt auf Grund der andauernden Hallucinationszustände Abstinenz ein, so wird man auf die Bekämpfung dieser sein Hauptaugenmerk richten, denn jeder Psychiater hat die Erfahrung gemacht, dass hallucinatorische Zustände bedeutend an Stärke zunehmen, wenn der Körper nicht die gehörige Nahrung zu sich nimmt; zu den bestehenden Delirien treten noch diejenigen der Inanition hinzu.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Hallucinose mit hyperthymischen Zügen. Frau N. N., Gutsbesitzersfrau, 51 Jahre alt, wurde am 9. Juni 1890 in sehr erregtem und verwirrtem Zustande in die Maison de santé aufgenommen. Patientin, von Jugend auf nervös und leicht reizbar, litt seit dem 24. Jahre an starken Menstruationsbeschwerden, sonst war sie gesund. Nachdem ihr Mann in's Bad gereist war und ihr allein die Bewirthschaftung des grossen Gutes anvertraut hatte, erkrankte sie nach kurzer Zeit unter hochgradiger Unruhe, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit und Verfolgungsideen. Sie behauptete, das Gut sei von Socialdemokraten umstellt, die das Haus anstecken wollten. Sie sah Schwalben und Gestalten im Zimmer, sang fortwährend und sprach meist in Reimen, war Nachts sehr unruhig und steckte alle Lampen im Zimmer an. Aus Furcht, die Speisen seien vergiftet, verweigerte sie die Nahrung.

Bei der Aufnahme war Patientin sehr unruhig und vollkommen verwirrt. Sie war über Zeit und Ort gar nicht orientirt, verkannte die Personen, hielt den Arzt für ihren Onkel Karl etc. Nachts sah sie Gespenster und hörte Stimmen, die ihr Schlechtes nachsagten, worüber sie dann heftig weinte. Kurze Zeit darauf war sie wieder heiter,

sprang aus dem Bette, warf die Decke togaartig um, tanzte im Zimmer umher und sang recitativartig, reimend und alle möglichen Gedanken in einander flechtend. Nach wenigen Stunden trat wieder ein depressiver Zustand auf, und so war ein fortwährender Stimmungswechsel vorhanden. Bemerkenswerth war noch ein gewisses pathetisches Wesen, absonderliche Gesten und theatralische Geberden, mit denen sie ihre Deklamationen begleitete, wobei zahlreiche Wort- und Silbenwiederholungen, oft auch ganz neue Wortbildungen stattfanden.

Zeitweise hat Patientin hochgradige Angstzustände, in denen sie glaubt, sie sei verurtheilt und müsse hier ihre Strafe abbüssen, und in denen sie sich entkleidet und sich ängstlich stöhnend im Bett hin und her wirft.

Allmählich nahmen unter dem Gebrauch von Sulfonal und Excitantien und unter kräftiger Ernährung die Hallucinationen ab, die luciden Intervalle wurden immer grösser, Pat. besann sich auf die Entstehung ihrer Krankheit und gab als Ursache die längere Schlaflosigkeit und die Angst, in dem grossen Hause allein zu sein, an. Bei dem Besuch ihres Mannes war sie Anfangs noch unsicher, ob er es wirklich sei; schliesslich aber wurde sie bei bedeutender Kräftezunahme, gutem Schlaf und allgemeinem Wohlbefinden geistig vollkommen klar und konnte am 7. August geheilt entlassen werden. Seither völliges Wohlbefinden.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Hallucinose mit dysthymischen Zügen. Frau N. N., 41 Jahre alt, hereditär nicht belastet, war stets sehr schwächlich und anämisch. Sie hat 3 Mal geboren, letzte Geburt vor 6 Jahren. Ostern 1890 erkrankte Patientin unter heftigen Schmerzen an einem schweren Gelenkrheumatismus. Nach 3 wöchentlicher Bettruhe und Behandlung mit grossen Dosen Salicyl war Patientin genesen, jedoch seit dieser Zeit sehr nervös und leicht reizbar. Dazu kam noch gegen Pfingsten der plötzliche Tod ihres Vaters. Die ihr unvermuthet überbrachte Nachricht rief einen Ohnmachtsanfall hervor, von welchem sie sich erst nach längerer Zeit erholte. Seit dieser Zeit war Patientin völlig verändert. Bis dahin sehr ruhig und arbeitsam, irrte sie jetzt unthätig in der Wohnung umher, lachte unmotivirt laut auf, bald wieder jammerte sie, sie bekäme keine Luft und müsse ersticken, stopfte sich die Ohren zu, weil man ihr Geräusche verursache etc. Sie verweigerte die Nahrung, weil sie fürchtete, in den Speisen sei Salicyl enthalten. Nachts klagte sie, man wolle ihr die Kinder rauben, und lief deshalb jeden Augenblick an ihr Bett, um sich von ihrer Anwesenheit zu überzeugen. Die Nächte waren schlaflos und, da die Erregung und die Verwirrtheit immer mehr zunahmen, wurde die Patientin am 22. Juni 1890 in die Maison de santé aufgenommen.

Bei ihrer Aufnahme war Patientin körperlich sehr heruntergekommen, Gewicht 94 Pfund, sehr anämisch. Pupillen weit, reagiren auf Lichteinfall. Zunge belegt, starker Foetor ex ore. Organe gesund. Puls frequent und gespannt. Temperatur etwas erhöht. Periode gestern eingetreten.

Geistig war Patientin vollkommen verwirrt, sagte, sie sei nicht Frau N., ihr wäre zu Haus übel mitgespielt worden, ihre Angehörigen wollten sie los sein, sie würde wohl nicht mehr lebend nach Haus kommen etc. Bald darauf lachte sie, sang einige Takte eines Liedes, horchte plötzlich auf, als höre sie die Stimmen ihrer Kinder, und rief dann wieder schluchzend: „Meine armen Kinder“ etc. Trotz des auch hier auftretenden jähen, unmotivirten Stimmungswechsels waren doch in diesem Falle die dysthymischen Vorstellungen überwiegend.

Die Behandlung bestand in Bettruhe, kräftiger Ernährung, ausserdem 3 Liter Milch pro die. Gegen die Schlaflosigkeit wurde Abends 2,0 Sulfonal in Limonade gegeben, worauf Patientin 6—8 Stunden schlief.

Patientin wurde allmählich ruhiger, die Verwirrtheit nahm ab, und nach circa 2 Wochen war Pat. geistig wieder vollkommen klar. Dabei nahm sie an Gewicht stetig zu.

Am 20. Juli 1890 wurde Patientin mit einem Körpergewicht von 105 Pfund gesund entlassen, um noch einige Wochen zur Kräftigung auf dem Lande zu verweilen.

Seither völliges Wohlbefinden.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Frau T., 34 Jahre alt, Mutter dreier Kinder, stammt von einer sehr nervösen und häufig aufgeregten Mutter, während ihre übrigen Verwandten und auch ihre Kinder völlig gesund sind. Sie selbst ist von kleiner, untersetzter Statur, ziemlich kräftig gebaut und hat ein reichliches Fettpolster; körperliche Krankheiten hat Patientin ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten bisher nicht durchgemacht, und hat auch ihre Kinder selbst genährt, deren jüngstes, 8 Monate alt, sie zur Zeit des Beginnes ihrer Erkrankung noch stillte.

Im September 1889 strengte sich Patientin gelegentlich einer Operation (Exstirpation eines Angioms) an ihrem jüngsten Kinde, bei der Pflege desselben übermässig an und gerieth dabei in einen gewissen Erregungszustand, welcher sich noch steigerte, als ihr Gemahl im October d. J. verreiste. Sie hatte häufig Zank mit ihren Dienstmädchen und mit ihren Verwandten, von denen sie sich während der Abwesenheit ihres Mannes vernachlässigt glaubte, und wurde bei geringen Anlässen überaus heftig. In der Mitte des Monats kam es zu Tobsuchtsanfällen, wobei Patientin sich verfolgt glaubte, Stimmen hörte und wiederholt versuchte, sich aus dem Fenster zu stürzen. Deshalb wurde sie am 19. October 1889 in die Maison de santé übergeführt. Hier zeigte Patientin in der ersten Zeit ein völlig ruheloses Wesen, zumal sie auch von vielen Hallucinationen, namentlich des Gesichts heimgesucht wurde, welche ihr meist die Bilder ihres Mannes und ihrer Kinder vortäuschten. Sie lief fortwährend, mit meist ängstlichem Gesichtsausdrucke, heftig gesticulirend auf den Corridoren umher, sprach dabei andauernd in verwirrter Weise von den Erlebnissen der letzten Zeit und wurde in diesem Verhalten nur durch die zahlreich auftretenden Sinnestäuschungen gestört. Dann blieb sie plötzlich stehen, machte zuweilen Verbeugungen nach einer Richtung hin und sprach dabei einige freundliche Worte, oder sie ging mit geballten Fäusten drohend auf eine Ecke los, oder rief ihren Mann oder ihre Kinder bei Namen, als ob sie dieselben sähe. Bald jedoch nahm sie ihre lebhafte Wanderung wieder auf und durchraste zuweilen förmlich die Flure, wobei sie Personen oder Gegenstände, die ihr hindernd im Wege standen, einfach zur Seite stiess. Nach und nach beruhigte sich die Kranke einigermaassen und hielt sich meist in ihrem Zimmer auf, zeigte aber stets ein verwirrtes und von zahlreichen Sinnestäuschungen abhängiges Wesen. Sie sass Stunden lang zusammengekauert, in ihre Kleider vermummt in einer Stubenecke, blickte dann plötzlich erstaunt und fragend nach einer Stelle hin, lief auf dieselbe zu und sprach in erregtem Tone gegen die Wand, offenbar auf Gehörshallucinationen antwortend. Wurde Patientin angesprochen, so entgegnete sie zuweilen Anfangs ganz verständig, oder blieb wenigstens eine Weile ruhig sitzen, bald aber sprang sie mit wild rollenden Augen auf, tanzte im Zimmer umher, lachte, machte Verbeugungen nach allen Richtungen hin, um dann plötzlich wieder aufhorchend still zu stehen und laute Gespräche nach irgend einer Richtung hin zu führen. Zu einer vernünftigen Unterhaltung war die Kranke nie zu bringen, und ebenso war es unmöglich, sie zu irgend einer Beschäftigung zu veranlassen.

In dieser Weise zeigte sich das Verhalten der Kranken bis zum December 1890, seit welcher Zeit sich die Patientin in einer anderen Anstalt befindet, und mir Angaben über den weiteren Verlauf ihrer Krankheit nicht zugegangen sind.

Zweiter Theil.

Zusammengesetzte, totale Psychosen.

ERSTER ABSCHNITT.

Paraphrenia alternans seu complexa.

ERSTES CAPITEL.

Allgemeine Paraphrenie (Vesania typica — Kahlbaum).

Einleitung.

§. 289.

Wie in der Einleitung dieses Buches (p. 344) bemerkt, schliesst der von mir aufgestellte Begriff der Paraphrenia alternans seu complexa nur einen Schulfall in sich, nach welchem gewisse totale, das ganze Seelenleben umfassende Psychosen (progressive Paralyse, Katatonie u. a.) verlaufen. Eine derartige Geisteskrankheit tritt während ihres Verlaufes in verschiedener symptomatischer Aeusserung in die Erscheinung. Im Allgemeinen kann man festhalten, dass diese Psychosen mit einem Stadium melancholicum beginnen, an welches sich dann das Stadium maniakale, das Stadium perturbationis, das Stadium attonitatis und endlich das Stadium dementiae anschliessen. Es sei hierbei gleich bemerkt, dass, bei dem chamäleonartigen Auftreten der psychischen Störungen, in vielen Fällen dieser Ablauf nicht innegehalten wird. Man kann beobachten, dass das Initialstadium nicht die Melancholie, sondern die Manie ist, und auf diese die Melancholie folgt, aus der heraus sich, mit Ueberspringen der Perturbation und Attonität, gleich das Stadium dementiae entwickelt. Ebenso kann von vornherein, ohne dass ein Stadium melancholicum oder maniakale vorausgegangen zu sein scheint, sogleich das Stadium der Attonität in Scene treten, an welches sich dann nach kürzerer oder längerer Zeit, in letzterem Falle fast stets, das Stadium dementiae anschliesst. Was man bisher „primären, heilbaren Blödsinn“ genannt hat, illustrirt das eben Gesagte; das betreffende Individuum ist scheinbar unvermittelt an der stuporösen Zustandsform der Paraphrenia katatonica erkrankt.

I. Stadium melancholicum.

Die Melancholie als Zustandsform einer Paraphrenie.

§. 290.

Die Melancholie einer Paraphrenia alternans s. complexa unterscheidet sich von der Dysthymie dadurch, dass letztere, wenn sie bei nicht eingetretener Heilung vielleicht auch später in andere Alienationszustände

(Katatonie) übergehen mag, doch Jahrzehnte lang unverändert mit gleichbleibendem Symptomen-Charakter und constantem Verlauf bestehen bleibt, während die Melancholie nur das Prodromalstadium im Ablauf der verschiedenen Zustandsformen einer totalen Psychose bildet; infolge dessen tritt sie nur eine relativ kurze Zeit in die Erscheinung, wird mitunter sogar wegen ihrer kurzen Dauer leicht übersehen. Ein Kriterium, welches dem erfahrenen Beobachter aber von vornherein die Diagnose sichert, ist die schon jetzt bemerkbare Alteration des Intellects. Die Nacht des Blödsinns, welche bei den nicht zur Heilung kommenden Psychosen zum Schluss das ganze Geistesleben verdunkelt, wirft in den ersten Stadien ihre Schatten bereits auf das gestörte Seelenleben des erkrankten Menschen voraus. Der erfahrene Beobachter bemerkt schon jetzt in leisen Zügen die beginnende psychische Schwäche. Eine Ausnahme hiervon bilden jene in ihrer klinischen Ausdrucksweise eng begrenzten Krankheitsbilder der cyklischen Psychosen. Bei diesen Formen der psychischen Alienation kann man beobachten, dass trotz häufig wiederholter Attaquen (Kirn hat das in einem Fall mit 20facher Wiederholung beobachtet) kaum ein geistiger Defect sowohl während der ablaufenden Krankheit, als auch in den freien Intervallen zu bemerken ist. Es wäre vielleicht richtiger (eine weitere klinische Beobachtung wird es lehren), derartige Schwermuths- und Excitationszustände unter die einfachen Psychosen zu rechnen.

Das klinische Bild einer Melancholie ist somit, abgesehen von der dementen Beigabe, dasselbe, wie das einer Dysthymie, cf. diese.

II. Stadium maniakale.

Die Manie als Zustandsform einer Paraphrenia alternans s. complexa.

§. 291.

Anders wie mit der Dysthymie und Melancholie verhält es sich mit der Hyperthymie und Manie. Letztere entwickelt sich erstens im Gegensatze zur Hyperthymie aus einem Stadium melancholicum heraus, zweitens geht sie in den allermeisten Fällen in ein Stadium perturbationis etc. über; vor Allem aber ist ihr Symptomen-Complex ein so umfassender und reichhaltiger, dass alle drei Geistesfunctionen, aus denen wir uns das psychische Leben zusammengesetzt denken: Gemüth, Wille und Vorstellung, in gleicher Weise in Mitleidenschaft gezogen werden; die Psychose ist also eine totale (complexe).

Die von Kahlbaum an dritter Stelle in dem Verlauf der Paraphrenia genannte Perturbation ist ebenso wie der vom Verf. geschilderte Wahnsinn nur eine Phase der Manie, so dass dieselbe in drei Er-

scheinungsformen verläuft: 1) Stadium maniakale, 2) Perturbation, 3) Wahnsinn.

Manie selbst bezeichnet gleich der Hyperthymie eine Affection der psychomotorischen Functionen. War das Stadium melancholicum lang genug, so wird man bemerkt haben, wie nach und nach die depressive Gemüthsstimmung nachgelassen hat, wie die Symptome der Melancholie allmählich anfingen abzuklingen, um einem Zustande beginnender Erregung Platz zu machen. Im Anfange treten erst die einfachen Krankheitsäusserungen der maniakalischen Exaltation (Hyperthymie, cf. diese) in die Erscheinung bis sich Unruhe und Geschäftigkeit vermehren; die innere geistige Aufregung durchläuft in der Steigerung aller psychischen Processe, mit erleichterter Gedankenfolge, alle Grade bis zur vollständigen Verwirrung. Die Stimmung ist eine heitere oder eine zornig gereizte. Das Bewusstsein bleibt im Anfange noch ziemlich klar, wird aber mit der Raschheit der psychischen Processe ein „Minutenbewusstsein ohne Continuität". Gedächtniss und Wahrnehmungsfähigkeit erscheinen anfänglich geschärft, sobald sie nicht durch die Raschheit der psychischen Functionen beeinträchtigt oder gar unmöglich werden; Sinnestäuschungen auf allen Gebieten begleiten das Bild und verleihen ihm das ungünstige Aeussere.

III. Stadium perturbationis.

Die Tobsucht als Zustandsform einer Paraphrenia alternans s. complexa.

§. 292.

Erreicht das maniakalische Stadium eine höhere Entwicklungsstufe, d. h. steigern sich die schon erhöhten Leistungen der motorischen und psychischen Functionen, so kommt es zur Tobsucht.

Tobsucht ist ein blosses Symptom, Tobsucht ist ein bestimmter, in den Rahmen der Manie gehöriger Krankheitszustand. Das Toben des Melancholischen aus Angst, das Toben des Hallucinanten (epileptisches, hysterisches, alkoholisches und Fieber-Delirium) auf Grund schreckhafter Sinnestäuschungen darf mit der Tobsucht nicht zusammengeworfen werden. Das unterscheidende Merkmal der Tobsucht ist eine Beschleunigung der psychischen Vorgänge bis zur Ungebundenheit derselben, wobei das Ich des Kranken alle Directive verloren hat und in den Ablauf der psychischen Acte nicht mehr einzugreifen vermag. In den psychomotorischen Centren des Vorderhirns bestehen Reizvorgänge, welche Bewegungsacte auslösen. Man kann sie als rein triebartige Acte bezeichnen.

Wie eben bemerkt, ist es selten, dass die Tobsucht ohne alle vor-

hergegangenen Erscheinungen anderen Irreseins auftritt. Längst sind in der Mehrzahl der Fälle die Neigungen, die Affecte, die Gewohnheiten des Kranken verändert, und zwar gewöhnlich in der bei der Melancholie angedeuteten Weise. Dieses vorausgehende Stadium melancholicum, das übrigens zuweilen sehr kurz dauernd und mässig sein kann, ist es, welches man auch schon die Incubationsperiode der Tobsucht genannt hat. Ebenso braucht das Stadium maniakale nicht zur Beobachtung kommen, sondern das Stadium der Tobsucht bildet sich mit grosser Schnelligkeit aus dem ersten Stadium einer Paraphrenie heraus. Kranke, die schon einmal einen Anfall gehabt haben (periodische Psychosen), sagen manchmal selbst, sie werden einen Rückfall erleiden, und bitten, für sie zu sorgen und sie aus ihrer gewohnten Umgebung zu entfernen.

A. Entwicklung der Tobsucht.

§. 293.

Man kann häufig in mehr chronischen Fällen dem Entwicklungsgange der Krankheit in der Weise folgen, dass man bei Schwermüthigen von Tag zu Tag eine Steigerung des schmerzlichen Affects und der Angst wahrnimmt, welche zuerst nur in grosse äussere Unruhe und nun immer zulegend in die vollendete Tobsucht übergeht. Hier hat offenbar der vorhandene Schmerzzustand den convulsivischen Zustand hervorgerufen, und man kann dies auf die passendste Weise theils mit den wirklichen Convulsionen, die einer sehr lebhaften, körperlich unangenehmen Empfindung folgen, theils mit jenen Muskelcontractionen, welche instinctiv als Reactionen gegen heftige Schmerzen aufgeboten werden (Beissen, Fäusteballen etc.), vergleichen.

Man darf nicht glauben, dass deshalb das Wesen der Tobsucht nur in der ungezügelt frei gewordenen Aeusserung des negativen Affects der Schwermuth bestände. Denn obwohl sich dieser nicht selten in einzelnen convulsivischen Tobanfällen und einzelnen Werken der Zerstörung nach aussen Bahn bricht — Zustände, die wir oben als Raptus melancholicus erwähnt haben — wiewohl ferner häufig genug die Schwermuth während der ganzen maniakalischen Periode wie ein dunkler Hintergrund durch die ausgelassenste Selbstüberhebung durchblickt und namentlich zeitweise wieder vorherrschend werden kann, so gewinnt doch mit der einmal frei gewordenen motorischen Exaltation die Tobsucht bei auch nur einiger Dauer eine von der früheren Schwermuth unabhängige Selbstständigkeit, und das Explodiren der Strebung geht dann in Einem fort, ohne dass es durch schwermüthigen Affect immer neu angeregt zu werden brauchte, ja die Stimmung selbst ändert sich häufig in ihr Gegentheil um, und wird heiter, lustig und übermüthig.

Auch die Zerstörungswerke, die wilden Angriffe und lärmend vollzogenen Unthaten der Tobsüchtigen sind durchaus nicht immer in wahrem negativen Affect, in einer auch nur momentan feindseligen Absicht begründet; das Thun dieser Kranken ist vielmehr grösstentheils das Ergebniss eines blind sich äussernden Triebes zu handeln, eines Bedürfnisses, durch Wollen die Aussenwelt zu verändern. Im Zerstören findet der Trieb die beste Gelegenheit, sich zu äussern, weil es leichter ist als das Schaffen, und weil zum Schaffen Besonnenheit und Sorgfalt gehören, von denen beim Tobsüchtigen nicht die Rede sein kann. Der Trieb will schnell befriedigt sein, dem langsameren Einflusse ordnender Vorstellungen eilt er convulsivisch voraus; da seine Wirkung eine sichtbare sein soll, so greift er demolirend ein, und es kann sich dann das Ziel, welches nur das Ende der Thätigkeit bezeichnen sollte, als der Zweck des Thuns darstellen. Man sieht etwas Aehnliches beim Kinde, das sein Spielwerk zerstört, um sein Bedürfniss, es durch Wollen zu verändern, zu befriedigen, oder bei den Knaben, welche den Trieb zur Kraftäusserung durch Angriffe auf einander und Balgereien bethätigen. Gerade so demolirt und verwüstet der Tobsüchtige oft unter lautem Lachen und in der ausgelassensten Laune.

Bei der näheren Betrachtung des ausgebildeten maniakalischen Stadiums müssen wir zuvor bemerken, dass bei der grossen Mannigfaltigkeit und der verschiedenen Aeusserungsweise der Tobsucht hier Reihen von Erscheinungen angegeben werden müssen, welche man nicht alle bei einem und demselben Individuum beisammen erwarten darf.

B. Symptomatologie.

§. 294.

1. Anomalieen der Stimmung, der Triebe und des Wollens. Die Grundstörung der Tobsucht, die Irritation auf der motorischen Seite des Seelenlebens, äussert sich zunächst in dieser Sphäre als ein hoher Grad von psychischer Aufgeregtheit mit unruhigem, rastlosem, ungestümem Thun und Treiben. Der Trieb zu anhaltender Bewegung und Handlung, die Nothwendigkeit, allen Inhalt der psychischen Vorgänge augenblicklich und hastig nach aussen zu werfen, treibt bald bloss zu harmlosem Herumtreiben, Tanzen, Sprechen, Singen, Schreien, Lachen, Weinen etc., bald zu rastloser, unzweckmässiger Geschäftigkeit, welche nach momentanen Einfällen plötzlich und ungeduldig alles Aeussere verändern will, bald zu der Neigung, alles Lebendige und Leblose zu verletzen, welche zu Ausbrüchen des blinden Wüthens und Rasens steigen kann. Während aber dieses dreiste und gewaltthätige Streben sich an Alles wagt, mit Heftigkeit gegen jedes Hinderniss an-

stürmt und ohne Erwägung der Folgen sich in zwecklosen und ausschweifenden Handlungen Luft macht, zeigt sich doch bei vielen Kranken eine gewisse Feigheit bei energischem und bestimmtem Entgegentreten oder richtiger ein Zustand von Angst, der zuweilen aus der früheren Periode zurückgeblieben ist, und wie er zur Tobsucht Veranlassung gab, sie dann auch noch fort zu erhalten scheint. Dabei keinerlei gesunde Handlungen, kein Verfolgen vernünftiger Lebenszwecke, keine Sorge für die Familie oder für die eigene Existenz, keine Möglichkeit, sich äusserlich für verständige Zwecke bestimmen zu lassen; Gleichgültigkeit gegen Alles, was nicht gerade mit der leidenschaftlichen Erregtheit in Conflict kommt, völlige Vernachlässigung des Aeusseren, Aufhören aller Rücksichten der Decenz, der Schamhaftigkeit und Reinlichkeit.

Der concrete psychische Inhalt, welcher sich mit solchem Ungestüm äussert, besteht entweder nur in gewissen, nicht selten schnell wechselnden Stimmungen oder in gewissen, stehender gewordenen Gefühlen und dunkeln Vorstellungsmassen, welche sich als einzelne gesonderte Triebe darstellen. So kann durch krankhafte Steigerung der sexuellen Empfindungen und Gefühle, die wieder auf einem Localleiden, einem Pruritus, einer Krankheit des Ovariums etc. beruhen kann, eine krankhafte Lascivität mit schamloser Nacktheit hervortreten und in brutaler Weise Befriedigung suchen. Es kann die Lust am Besitze als eine anhaltende Neigung, alles Mögliche zu sammeln und aufzuhäufen, als krankhafte Stehlsucht sich äussern. Es kann die Lust am lauten Sprechen, an der rhythmischen Gestaltung der Rede, am Lärm, an geistigen Getränken, an Befriedigung des Speisebedürfnisses, eine besondere Lust an Blutvergiessen etc. sich in jener ungestümen und gewaltthätigen Weise äussern wollen, und es ergeben sich demnach fixere oder wandelbarere Zustände, die man nach dem Vorherrschen der einzelnen Triebe Nymphomanie, Stehlsucht, Sprechsucht, Versesucht, Saufsucht, Fresssucht, Mordsucht etc. genannt hat.

Ebenso verschieden sind die allgemeineren Anomalieen der Selbstempfindung, die krankhaften Stimmungen, welche sich in dem exaltirten Thun des Kranken äussern. Bald ist die Stimmung traurig, ängstlich, bitter, zornig, trotzig und wild, und der Kranke zeigt beständig Lust zu schaden, zu beleidigen, ein anspruchsvolles, verletzendes Benehmen oder wirkliche Bosheit und Tücke, bald wieder — und dies ebenso häufig als das vorige — ist die Stimmung heiter, launig, lustig, muthwillig, ausgelassen: Die krankhafte Steigerung der Selbstempfindung äussert sich als eine überspannte Fröhlichkeit, als Gefühl von Freiheit und Glück, als ungewöhnliche Zufriedenheit mit Allem und aufdringliche Zuneigung zu den Menschen.

Diese verschiedenen Stimmungen, Aufregung und Abspannung,

Erfülltheit und Entleerung wechseln häufig mit einander ab; unmotivirte Uebergänge von Lustigkeit zu Trauer, von Trotz zu Verzagtheit, von Gleichgültigkeit zu heftiger Reaction und grimmiger Ereiferung, von Begehrlichkeit zu Zufriedenheit, von Angst zu blinder Zuversicht und Frechheit kommen bei Tobsüchtigen unendlich häufig vor, und nur selten, und niemals auf lange Zeit, gelingt es, durch äussere psychische Anregung in diese wechselvolle Bewegtheit einige Ruhe und Stillstand zu bringen.

Zuweilen, namentlich im Beginn, klagt der Kranke selbst über die Nöthigung zu seinem ungestümen Thun und Treiben, und kann dann wohl auch vorübergehend durch Anreden oder einen stärkeren psychischen Eindruck in demselben gehemmt und zu momentaner Besonnenheit gebracht werden; andere Male hat es den Anschein, als ob er mit einem dunkeln Halbbewusstsein sich der einmal eingeleiteten Exaltation preisgebe und den Inhalt seines Seelenlebens in ihr aufgehen lassen wolle; es ist dann, wie wenn er sich in der jetzigen Freiheit und Schrankenlosigkeit seines Wollens für dessen peinliche Hemmung während der Schwermuthsperiode schadlos halten wollte.

Es giebt schwächere Grade von Tobsucht, wo das Hervortreten solcher einzelnen Triebe und ihre rücksichtslose Befriedigung, wegen der gleichzeitigen sehr mässigen Störung der Intelligenz, noch als ein physiologischer, in freiwilliger Hingabe an unsittliche Neigungen begründeter Zustand fälschlich betrachtet werden kann (Stehlsucht, Nymphomanie, Saufsucht etc.). Ihre krankhafte Natur zeigt sich indessen in der Unwillkürlichkeit, worüber der Kranke oft selbst klagt, und in dem Triebartigen in ihrer Aeusserung, ferner in dem anfallsweisen Vorkommen, den zuweilen eintretenden luciden Intervallen, in den zugleich mit dem Anfalle sich einstellenden körperlichen Störungen, nächst dem in dem zuweilen vorausgegangenen Depressionsstadium. Häufig steigern sich übrigens solche Zustände bald weiter zu vollendeter unzweifelhafter Tobsucht.

§. 295.

2. Anomalieen des Vorstellens. Die erste und hauptsächlichste Veränderung im Vorstellen bei der Tobsucht besteht in einer den Anomalieen der Stimmung und des Strebens analogen Gereiztheit und quantitativen Exaltation, einem rascheren Flusse der Gedanken. In seinen mässigsten Graden erscheint dies Verhältniss als eine Steigerung der gesunden Denkfähigkeit. Die vermehrte Bildung und rasche Aufeinanderfolge führt einen Strom längst eingeschlafener Erinnerungen wieder neu und lebhaft herauf, — eine Erhöhung des Gedächtnisses, die man z. B. in der Weise beobachtet hat, dass Tobsüchtige während der Krankheit lange Lieder vollständig hersagen konnten, während sie vorher und nach ihrer Genesung hierzu nicht mehr fähig waren. Auch ergeben sich nun zuweilen Gedanken, Combinationen und Urtheile, die über den gesunden Horizont des Kranken hinausgehen; er äussert

oft, je nach der Stimmung und nach äusseren Anlässen, launige Vergleichungen,[1] beissenden Witz, eine ungewöhnliche Beredtsamkeit und fällt mit grosser Sicherheit kecke Urtheile, welche mit scharfer Beobachtung der dazu gehörigen Momente gebildet sind.

Doch geschieht solches nur in der Minderzahl der Fälle. Meistens ist von Anfang an oder doch sehr bald die quantitative Steigerung und Exaltation dieser Seite des Seelenlebens so gross, dass daraus eine rastlos sich drängende Aufeinanderfolge vereinzelter Vorstellungen sich ergiebt, welche dann in keinem inneren Zusammenhange unter sich stehen, sondern höchstens durch äussere zufällige Veranlassungen an einander gereiht sind, und indem sie rasch und im grössten Wechsel das Bewusstsein passiren, nur zu höchst lockeren und oberflächlichen Combinationen zusammentreten oder einen ganz fragmentarischen Charakter behalten. Diese wegen der wilden Hast, mit welcher der Process vollzogen wird, ganz unvollständig ausgebildeten Vorstellungen tragen die Färbung des Affects, von dem der Kranke eben beherrscht wird, und sind bald heiteren, übermüthigen, ausgelassenen, bald finsteren, drohenden Inhalts. Sie werden theils durch die eben percipirten Sinneseindrücke angeregt und in ihrem besonderen Stoffe bestimmt, und diese Eindrücke selbst werden oft durch Hallucinationen und Illusionen verfälscht, oder, ähnlich wie in manchen Delirien, durch eine nur theilweise Auffassung und Beachtung, unvollständig und unrichtig percipirt. Anderntheils bietet sich dem Vorstellen aus dem inneren, im Einzelnen unfassbaren Triebwerke der Ideen-Association ein unermesslicher Stoff von Bildern, Worten, Zahlen, Phrasen, welche oft isolirt, verbindungslos auftauchen, oft in ihrer Vereinzelung unablässig wiederholt geschrieen, gesungen, andere Male zu Sentenzen, Phrasen und Reden zusammengeflickt werden, die der Kranke mit dem Ausdrucke des eben herrschenden Affects vorträgt. In einzelnen Fällen tritt das musikalische Element der Sprache in einer Neigung zu rhythmischem Ausdruck, zu Assonanzen und zum Reim hervor, der Kranke spricht dann anhaltend in Versen,[2] bei denen es sich freilich nicht um Poesie, sondern nur

---

[1]) Verf. hat z. B. eine Tobsüchtige beobachtet, welche gewisse ganz leise Thierähnlichkeiten menschlicher Physiognomieen treffend hervorhob.

[2]) Zwei Proben davon:

Und es ist des Himmels Pflicht,
Dass man Gott ins Herze sicht.

So komm in den Garten.
Ei lass mich nicht warten.
Der Wein schmeckt mir bitter.
Schon naht das Gewitter etc.

um planlos zusammengeronnene Bilder und Klänge, „gereimte Delirien“ handelt.

So stellt sich als die hauptsächlichste Anomalie des Vorstellens in der ausgeprägten Tobsucht eine Verwirrtheit der Vorstellungen heraus, welche sich als nothwendige Folge aus der Uebereilung aller geistigen Processe, aus der Unmöglichkeit einer vollständigen Ausbildung der einzelnen Vorstellungen, aus dem schnellen Wechsel der Stimmungen und aus dem Phantasiren in den Sinnesorganen ergiebt. Weder fixe, bleibende Wahnbildungen sind diesen Zuständen eigen, noch werden sie durch ein leidenschaftliches Vorstellen, das aus dem gesunden Leben herübergenommen wäre, beherrscht, obgleich es manchmal so scheinen mag, wenn sich dem Kranken Trümmer psychischer Eindrücke, z. B. aus der ersten Zeit seines Erkrankens, häufig aufdrängen, und er dann anhaltend mit gewissen psychischen Ursachen seines Irreseins leidenschaftlich beschäftigt scheint. Auch hier zeigt die Möglichkeit des schnellen Wechsels und der oberflächliche Charakter der ganzen Alienation, dass nicht von stetigen, dominirenden Vorstellungen, wie sie einem tief leidenschaftlichen Zustande eigen sind, die Rede ist.

Damit aber soll nicht gesagt werden, dass nicht vorübergehende Wahnvorstellungen und falsche Gedankenbildungen in der Tobsucht vorkommen können. Solche sind vielmehr sehr häufig. Sie bestehen einmal in Reihen falscher Urtheile über die Aussenwelt, wie solche aus den verwirrten, halb ausgebildet sich drängenden und bei ihrem raschen Ablaufe oft gleichsam Bruckstücke zurücklassenden Vorstellungen und falschen Sinneseindrücken sich nothwendig ergeben müssen. Dann aber und schon von viel wichtigerer Bedeutung kommen Wahnvorstellungen vor, welche auch hier wieder wesentlich die Bedeutung von Erklärungsversuchen für die krankhafte Stimmung haben und sich daher nur auf das eigene Ich beziehen. Die übermüthige, freche, lustige, ausgelassene, gesteigerte Stimmung, das Gefühl der Freiheit im Streben, die Fülle im Vorstellen ruft nach dem Denkgesetze der Causalität Vorstellungen von Grösse, Erhabenheit, von grossem Reichthum, einer grossen psychischen oder geistigen Macht etc. hervor, welcher ja unter solchen Umständen allein in dieser Weise das Denken und Streben frei gegeben ist. Die exaltirte Stimmung der Freiheit und Kraft muss doch einen Grund haben; es muss ihr etwas im Ich entsprechen, das Ich muss momentan ein anderes geworden sein, und dieses Anderssein kann nur mit einem Bilde, zu dem jeder augenblickliche Einfall sich brauchen lässt, ausgedrückt werden. Der Kranke kann sich nun Napoleon, Messias, Gott, kurz überhaupt etwas Grosses nennen; er kann behaupten, alle Wissenschaften zu verstehen, über alle Schätze der Welt zu ge-

bieten etc.; er kann auch ganz sinnlose Bezeichnungen wählen, er kann z. B. in einem Athem sagen: Ich bin Napoleon, ich bin dieser Stuhl, ich bin Sie u. dgl.; entweder fühlt er hier eine Unvollständigkeit, auszudrücken, wie es ihm eigentlich wirklich zu Muthe ist, und sucht dieser durch Häufung von Bildern abzuhelfen, oder er sucht damit dunkel eine grossartige Allgegenwart, eine Art Sein in Allem geltend zu machen, wie solches seiner exaltirten Stimmung wohl ansteht. Aber keine dieser locker verbundenen desultorischen Wahnideen bleibt fix; jede momentane Erregung bringt wieder neue Bilder und Vorstellungen, mit deren Auftreten die alten vergessen werden, die Stimmung selbst ist wechselnd, mit dem Aufhören der einen wird auch ihre Erklärung unnöthig, die Wahnideen haben gar keine Zeit, sich durch Anziehen verwandter Vorstellungen auszubreiten und zu befestigen. Der Kranke äussert auch oft diese Ideen zwar laut und lärmend genug, aber doch nicht im Tone tiefer Ueberzeugung, ja er kann wohl selbst darüber lachen.

Es ist einer besonderen Beachtung werth, wie sich in vielen Fällen von Tobsucht, abgesehen von den erwähnten Störungen, die Intelligenz in grossem Umfange wenig versehrt zeigt, wie sich namentlich keine wirkliche Schwäche und Abnahme derselben kund thut. Oft ist ungeachtet einer grossen Verwirrtheit nicht nur das Gedächtniss für die Vergangenheit treu, sondern auch wird in manchen Fällen Alles aus der kranken Periode selbst wohl behalten. Nicht selten kann der Kranke durch eine erinnernde Ansprache momentan aus der Faselei herausgezogen und zu richtigen Antworten über Dinge seines früheren Lebens, zum Erzählen von Geschichten etc. vermocht werden; er versteht oft alles Aeussere so wohl, hat auch zuweilen noch so viel Gewalt über sich, dass er durch eine freundliche Anrede, durch eine Drohung oder einen Scherz, ja durch eine Aeusserung von Vertrauen in ihn veranlasst werden kann, sich momentan zu beruhigen.

§. 296.

3. Anomalieen der Sinnesthätigkeit und der Bewegung. Hallucinationen des Gesichts, des Gehörs, auch des Haut- und Geruchsinns kommen häufig vor, und zuweilen wird durch sie eine Steigerung der Tobsucht veranlasst; doch sind sie gewöhnlich von nur untergeordneter Bedeutung, weil auch diese Phantasmen meist bald wieder in der flüchtigen Eile der psychischen Processe untergehen und der Kranke ihnen keine dauernde Aufmerksamkeit schenken kann. Noch viel häufiger sind Illusionen der Sinne, falsche Auslegungen der Ergebnisse der Sinnesperception, so dass der Kranke z. B. einen Fremden für einen alten Bekannten oder eine andere bestimmte Person fälschlich hält, dass er bei einem gleichgültigen Geräusche meint, sich rufen zu hören etc. — falsche Urtheile, welche hier gewöhnlich aus dem Nichtbeachten einzelner Theile der Sinneseindrücke und dem Verweilen auf

anderen Bruchstücken derselben, auf oberflächlichen Aehnlichkeiten, wie in vielen Fieberdelirien sich ergeben.

Auch eine zu grosse Empfindlichkeit für Gehörs- und Gesichtseindrücke wird zuweilen beobachtet, und die Pupille wird hier und da erweitert oder verengert getroffen.

Was die Bewegungsorgane betrifft, so ist meist während der Tobsucht ein anhaltender Impuls zu Contractionen vieler Muskeln zu erkennen (Katatonie); die Körperbewegungen und namentlich die Sprachwerkzeuge nehmen an der psychischen Exaltation Antheil; jene sind lebhaft, schnell, energisch, indem in Rede, Geschrei, Gesticulation und Handlung Alles sogleich nach aussen treten muss; Blick und Mienen sind oft lebhaft, gespannt, verzerrt. Viel ist von der ausserordentlichen Stärke, von einer wirklichen Erhöhung der Muskelkraft bei den Tobsüchtigen gesagt worden (Esquirol, Pinel, Ideler etc.). In der grossen Mehrzahl der Fälle findet sich nichts Solches, die Kranken zeigen sich so wenig stärker als im gesunden Zustande, dass ein einziger geschickter Wärter sie wohl bändigen kann, und es entsteht der Anschein von Steigerung der Körperkraft gewöhnlich nur aus der Rücksichtslosigkeit, mit der der Kranke in den einzelnen Ausbrüchen seine Muskeln wirken lässt. Dagegen ist es richtig und allerdings auffallend, wie die Kranken oft in Einem fort einen sehr lange andauernden Aufwand von Muskelkraft machen, dessen der Gesunde nicht fähig wäre. Man sieht solche zuweilen Wochen und Monate lang bei spärlichem Schlafe anhaltend auf's Gewaltsamste forttoben, und es scheint hier die Möglichkeit einer so enormen Muskelanstrengung nur dadurch erklärt werden zu können, dass dem Kranken durch eine Anomalie der Muskelempfindung das Gefühl der Ermüdung fehlt. Man sieht nämlich, wie die Kranken auch bei sehr gesunkener Ernährung sich immer für sehr kräftig halten und erklären und ihrem Körper Alles zutrauen, während doch eben die häufige, starke Abmagerung und die mit dem Ende des Anfalls eintretende grosse Ermattung hinlänglich zeigen, wie der Organismus diese Anstrengungen nicht ungestraft erträgt.

Auch wirkliche Convulsionen kommen in den Bewegungsorganen mitunter vor, Zähneknirschen, Zuckungen des Gesichts oder verbreitete Convulsionen, letztere theils im Wachen, theils in hin und wieder beobachteten, vorübergehenden ohnmachtähnlichen und ekstatischen Zuständen. Seltener noch sind partielle Lähmungen im Zusammenhange mit der Tobsucht; dagegen giebt sich nicht selten der Beginn der allgemeinen Paralyse während einer mässig und schwach verlaufenden Tobsucht schon in den unsicheren Bewegungen der Zunge kund.

§. 297.

4. Von weiteren Symptomen ist bei Tobsüchtigen eine Störung des Schlafes sehr gewöhnlich, in manchen Fällen lange andauernde, vollständige Schlaflosigkeit; von einem ruhigen Schlafe darf übrigens für den Verlauf der Tobsucht nicht zu viel erwartet werden, da man zuweilen eben nach den ruhigsten Nächten die heftigsten Exacerbationen eintreten, andererseits aber auch die Reconvalescenten zuweilen noch geraume Zeit an Schlaflosigkeit leiden sieht.

Empfindungsanomalieen der verschiedensten Art können bei Tobsüchtigen vorkommen, Kopfschmerz, Schwindel, Hitze, auraartige Empfindungen, welche von der Brust aufsteigen, anomale Hautsensationen, Schmerzen in den Gliedern, wirkliche oder scheinbare (durch Gleichgültigkeit erzeugte) Unempfindlichkeit für Kälte und Wärme (wie bei allen Hallucinanten), wirkliche Anästhesie weit seltener als man früher glaubte.

Auffallend tritt in vielen Fällen eine Steigerung des Appetits (Bulimie) hervor, und diese Gefrässigkeit richtet sich oft auf nicht essbare und unverdauliche Dinge. Es scheint dieser Gefrässigkeit ein Mangel des Gefühls der Sättigung zu Grunde zu liegen, da sie sich keineswegs nach dem Grade des körperlichen Kraftaufwandes richtet. Gar nicht selten wird aber auch das Nahrungsbedürfniss überhaupt nicht beachtet, die Kranken vergessen das Essen ganz. — Eine tiefere Perversität des Geschmacks und den Mangel der Ekelempfindung (d. h. den tieferen geistigen Verfall) scheint das zuweilen beobachtete Fressen der eigenen Excremente anzudeuten.

Eine Steigerung des Geschlechtstriebes bildet in einzelnen Fällen den Mittelpunkt der krankhaften Vorstellungen und Bestrebungen, in anderen beobachtet man solche nur accessorisch und mässig, sehr oft fehlt sie ganz. Sie äussert sich in obscönen Reden und Schreibereien, in Angriffen, Entblössungen, Onanie etc., und scheint im Ganzen häufiger bei weiblichen Kranken vorzukommen. Störung und Ausbleiben der Menstruation findet sich in der grossen Mehrzahl der Fälle; ihr Wiedereintritt hat oft gar keinen, oft einen steigernden Einfluss auf die psychischen Symptome; andere Male trifft er mit der Genesung zusammen.

Veränderungen in den Circulations- und Verdauungsorganen sind nicht constant. So wichtig, wo sich solche finden, deren genaue Berücksichtigung für die Stellung der Indicationen im einzelnen Falle ist, so wenig können sie für die Tobsucht selbst diagnostischen Werth haben. Denn man findet den Puls bald von normaler Frequenz und Fülle, selten verlangsamt, am häufigsten etwas beschleunigt und eher kleiner als voll; nervöse Palpitationen und die bekannten Zeichen der chronischen, organischen Herzkrankheiten kommen hier, wie überhaupt bei den Geisteskranken, nur in mässiger Frequenz vor. Auch auffallende, mitunter sehr starke Kopfcongestionen mit lebhafter Röthe und Hitze des Kopfes sind nicht selten; nur ausnahmsweise ist das Gesicht blass, zuweilen bläulich gefärbt, und das Auge zeigt sich zuweilen injicirt.

In der sehr grossen Mehrzahl der Fälle ist kein Fieber vorhanden, die thermometrisch bestimmte Körpertemperatur normal oder etwas erniedrigt; nur bei der tobsüchtigen Aufregung in der progressiven allgemeinen Paralyse (cf. §. 334) soll die Körperwärme erhöht sein (L. Meyer, Charité-Annalen VIII, 2).

C. Verlauf.

§. 298.

Im Verlaufe der Tobsucht wird gewöhnlich ein Wechsel von Remission und Exacerbation, nicht selten werden sogar völlig freie Intermissionen beobachtet. So hat man Fälle, wo die Kranken Monate lang

nur in andertägigem Rhythmus, mit völlig freien Zwischentagen tobsüchtig waren — ein anderen rhythmischen Neurosen durchaus analoges Verhalten der Gehirnkrankheit. — Namentlich kommen völlig freie lucida intervalla bisweilen ganz plötzlich und unerwartet zum Vorschein. Mit den Anfällen von Tobsucht wechseln oft Zustände von Melancholie (circuläre Psychosen); zuweilen findet sich ein regelmässiger (z. B. in bestimmten Jahreszeiten eintretender) Wechsel von Reaction und Depression (periodische Psychosen). In diesen Fällen ist meistens das melancholische Stadium etwas länger als das maniakalische und letzteres besteht mehr in einer allgemeinen Aufregung und Rastlosigkeit als in wirklichem Toben.

Die einzelnen Paroxysmen der Tobsucht dauern bald nur einige Stunden, bald Monate lang; häufig zeigt sich nach den ersten Wochen eine auffallende Remission. Es scheint manchmal, als ob der Paroxysmus der Tobsucht eine Art Ausgleichung für den vorher vorhandenen Schwermuthszustand bilde. Die schwächeren und durch Remissionen gemässigten Grade können viele Jahre lang fortdauern, gehen dann aber im Allgemeinen in terminale psychische Schwächezustände über.

D. Prognose.

§. 299.

Die Prognose der Paraphrenieen, welche bis zu diesem Stadium gediehen sind, ist durchaus nicht ungünstig. Tobsüchtige können plötzlich genesen, oder dieser günstige Ausgang erfolgt unter allmählicher, langsamer Abnahme der Symptome. Der Sturm lässt nach, die lichteren Zeiten werden häufiger und länger, das Verhalten wird allmählich geordneter, der Kranke frägt wieder nach Dem und Jenem, bekommt Langeweile und sucht sich zurecht zu finden. Auch hier sieht man zuweilen, wie das Aufhören der Tobsucht mit dem Eintritt eines anderweitigen, neuen Erkrankens zusammenfällt, z. B. mit Anfällen von intermittirendem Fieber, mit Darmblutungen, mit Durchfällen, Hautkrankheiten, Entwicklung vieler Furunkel etc. Verfasser hat auch in einzelnen Fällen solche sogenannten kritischen Erscheinungen beobachtet; meistens aber fehlen sie, und Verf. konnte den Ausspruch Esquirol's, der an dem Bestande der Heilung da zweifeln wollte, wo dieselbe nicht von merklichen Krisen begleitet wäre, durchaus nicht begründet finden. Auch hier ist die Rückkehr der früheren Neigungen und Gewohnheiten des Kranken und seines unbefangenen Benehmens nebst der Anerkennung der überstandenen Krankheit als solcher das zuverlässigste Zeichen der Genesung. Die Bemerkung Jessens, dass da Rückfälle sehr zu besorgen seien, wo der (äusserlich beruhigte) Kranke sich ungewöhnlich

wohl fühlt und mit lauter Freude von seiner völligen Genesung spricht, hat Verf. auffallend bestätigt gefunden.

Das Urtheil über die Heilbarkeit der einzelnen Fälle richtet sich hauptsächlich nach den Zeichen einer mehr oder weniger zu muthmaassenden organischen Erkrankung des Gehirns. Diejenigen sind als absolut unheilbar zu betrachten, wo schon die ersten, wenn auch noch so leisen Symptome der allgemeinen Paralyse bemerklich sind, und ebenso sind alle Erscheinungen von anhaltendem Krampf oder Lähmung in den Extremitäten, im Bereich des N. facialis und an der Pupille sehr verdächtig; solche Symptome, wenn sie anders nicht bloss ganz vorübergehend, z. B. bei einer transitorischen, aber heftigen Kopfcongestion auftreten, scheinen eine permanentere Ausbreitung der krankhaften Processe anzuzeigen. Ebenso kann, wenn sich demente Züge bemerkbar machen, nur von einer Heilung mit Defect die Rede sein. Je länger die Krankheit währt, je weniger sie durch lucida intervalla und Remissionen unterbrochen wird, je stärker die Hyperämie ist, um so mehr hat man solches zu befürchten. Auch hier erfolgen die bei weitem meisten Genesungen innerhalb Jahresfrist vom Anfang der Krankheit; es kommen indessen Fälle vor, wo nach 6—7jähriger Dauer mit durchgreifenden, constitutionellen Aenderungen im Organismus der Kranke noch genest. Eine grosse Heftigkeit und Wildheit in den einzelnen Anfällen hat an sich so wenig eine schlimme Bedeutung für die Heilung der ganzen Krankheit, als z. B. ein heftiger hysterischer Anfall eine schlimme Prognose für die Heilbarkeit des Leidens überhaupt giebt. Die periodischen intermittirenden Formen sind nach den übereinstimmenden bisherigen Erfahrungen als durchschnittlich unheilbar zu betrachten.

Dass übrigens die Prognose in vielen Fällen weit weniger von der Geisteskrankheit selbst, als von gleichzeitig vorhandenen sonstigen localen oder Allgemeinleiden, z. B. einer vorhandenen Tuberculose, einem hohen Grade von Anämie, einer hydropischen oder scorbutischen Blutbeschaffenheit etc. abhängt, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Nicht selten verfallen die Reconvalescenten aus der eben beschriebenen Zustandsform in tiefe körperliche und psychische Ermattung, welche sich erst im weiteren Verlaufe von dem Uebergang in Blödsinn mit Sicherheit unterscheiden lässt, oder die Krankheit geht wieder mit einem kurzen Stadium melancholicum zu Ende.

Wenn der Kranke nicht genest, so kann sich mit der grösseren äusseren Beruhigung die terminale Zustandsform einer Paraphrenie: Blödsinn mit rudimentären Wahnvorstellungen (cf. §. 309) herausbilden.

IIIa. Der Wahnsinn als Zustandsform einer Paraphrenia alternans seu complexa.

§. 300.

Eine andere Transformation im Ablauf der paraphrenischen Zustandsformen kann sich nach Beobachtungen des Verfassers mit der freieren Entwicklung der Kraft des Wollens als deren unmittelbares Ergebniss entwickeln. Es bildet sich eine übermüthige Stimmung, eine erhöhte Selbstempfindung und daraus eine anhaltende Selbstüberschätzung aus. Auf Grund dieser Vorgänge kann es zu Erklärungsversuchen dieser Stimmung, zu Wahnideen kommen, welche nun das geistige Leben beherrschen und die erhöhte Willensthätigkeit in ihren Dienst nehmen. Dann ist es dem Kranken nicht mehr nur um Kraftäusserung zu thun, sondern die Aufgeregtheit der motorischen Seite des Seelenlebens wird dann zum ausschweifenden Wollen im Sinne bestimmter Wahnvorstellungen, meist mit viel grösserer äusserer Ruhe. Sobald sich ein solcher Zustand, mit bestehenden, aus übermüthiger Selbstüberschätzung hervorgegangenen Wahnideen nur irgend etwas fixirt hat, so begründet er eine unendlich viel tiefere psychische Störung, als die blosse Tobsucht. Denn während bei der letzteren de Kranke einestheils mit der Aeusserung seiner erhöhten Triebe sich derselben auch entäussert, anderntheils in der reinen Form der Tobsucht der ganze krankhafte Process auf einem relativ äusseren Gebiete des Seelenlebens, ohne Beeinträchtigung des Innersten der Individualität, abgespielt wird, gehört es wesentlich zum Charakter dieser Form der Manie, des Wahnsinns, dass Wahnideen, falsche Gedankenbildungen, welche aus Selbstüberschätzung entsprungen sind und sich daher nur auf das eigene Selbst des Kranken beziehen, auftreten und andauern, mit deren An- und Aufnahme unmittelbar das Ich selbst, das Innerste der Individualität alienirt und verfälscht wird.

A. Verhältniss von Wahnsinn und Tobsucht zu der Manie.

§. 301.

So verschieden sich aber diese beiden Zustände in ihren Extremen gegen einander ausnehmen, so ergiebt doch die Beobachtung, dass sehr häufig in der Tobsucht selbst solche Wahnvorstellungen der Selbstüberhebung vorkommen, die alsdann freilich nicht in ontologischer Anschauungsweise als „Bruchstücke von Wahnsinn“, einer vermeintlich ganz anderen Krankheit, dort einfach vorgemerkt, sondern die in dem Processe ihres Zustandekommens aus dem psychischen Grundzustande begriffen sein wollen. Es ist nämlich an sich klar, wie sich auch

während des unmittelbaren Nach-Aussenwerfens der krankhaften Willensimpulse durch Muskelbewegung unendlich häufig die übermüthige Verstimmung, der Zustand der Selbstüberschätzung ergeben muss, und wie es demgemäss auch leicht zum darauf gegründeten Aufbau erklärender Wahnvorstellungen kommen kann, und man kann in der Beobachtung der Tobsüchtigen täglich sehen, wie bei ihnen solche grossartigen Vorstellungen bald blos durchblicken, bald auch mit grosser Energie geäussert werden. Allein glücklicherweise liegt in den ausgebildeten Zuständen von Tobsucht etwas, was das Fixirtwerden solcher Wahnideen hindert. Die Vorstellungen nehmen nämlich an dem Tumulte und der Präcipitation, in welche von der motorischen Seite her das Seelenleben gesetzt worden ist, Antheil, sie werden durch Hastigkeit verwirrt und jagen so schnell vorüber, dass keine bleiben und dauern kann. Wo dagegen kein solch hastiges Vorüberfliehen ist, wo dabei schon die gehobene Stimmung, noch mehr die Wahnvorstellungen selbst sich dem Ich in einer Weise aufdrängen, dass sie zu wesentlichen, ja zu Hauptbestandtheilen desselben, nicht nur subjective Wahrheit für den Kranken, sondern die beherrschenden Elemente seines ganzen Seelenlebens werden, da nennt man dieses Wahnsinn.

Der Unterschied der Tobsucht von dem Wahnsinn, wie er sich in reinen, exquisiten Fällen darbietet, besteht also hauptsächlich in der verschiedenen Richtung, welche die ursprüngliche Störung nimmt, in der verschiedenen Art, wie das Vorstellen überhaupt krankhaft verändert, und wie das Ich afficirt wird. Bei der Tobsucht geht der verstärkte Impuls des Wollens unmittelbar als Trieb durch Muskelbewegung nach aussen; im Wahnsinn ist es nur ein innerlich ausschweifendes Wollen, wobei die Selbstempfindung freierer Thatkraft durch eine Rückwirkung zu exaltirten falschen Vorstellungen wird, und wo es dann jenem Wollen, wenn es sich äussert, nicht um blosse Bewegung und Entladung durch diese Bewegung, sondern vielmehr um die Realisirung gewisser Pläne zu thun ist, welche aus jenen falschen Vorstellungen hervorgehen. Dieser Irrthum in den Vorstellungen besteht eben in festen, aus Selbstüberschätzung entsprungenen Wahnideen in Bezug auf die eigene Persönlichkeit, während die Störung des Vorstellens in der Tobsucht hauptsächlich in delirienartiger Verwirrung infolge der Präcipitation aller psychischen Processe besteht.

B. Symptomatologie.

§. 302.

1. Anomalieen der Selbstempfindung. Unter Wahnsinn begreift Verfasser Exaltationszustände, deren Charakter in affirmativem, expansivem Affect mit anhaltender Selbstüberschätzung und daraus hervorgehenden, ausschweifenden und fixeren Wahn-

vorstellungen besteht. Die Anomalieen der Selbstempfindung, in dieser Form des Irreseins, gruppiren sich sämmtlich um ein Centrum, das gesteigerte Selbstgefühl des Kranken. Dasselbe ist psychisch begründet. Indem nämlich die Fähigkeit, zu wollen, welche während des melancholischen Stadiums geschwächt oder ganz unterdrückt war, nicht nur wiedergekehrt ist, sondern das Streben noch exaltirt (äusserlich in der Weise einer übertriebenen Activität) sich geltend macht, indem zugleich mit dieser Freiheit der Impulse zum Handeln eine grössere Leichtigkeit des Denkens, eine mühelose Abundanz in der Ideenbildung dem Kranken fühlbar wird, ergiebt sich ihm eine Stimmung hoher Zufriedenheit mit sich selbst. Der Kranke erfreut sich eines grossen, geistigen (und körperlichen) Wohlbefindens, er fühlt sich reicher und freier; jede Anstrengung ist ihm leicht geworden, er hält sich deshalb nicht nur für durchaus gesund und weist jeden Zweifel daran mit Entrüstung ab, sondern er giebt häufig an, sich noch nie in seinem Leben so wohl und so glücklich befunden zu haben. Die exaltirte Selbstempfindung äussert sich als gehobene Stimmung, als heitere Laune, zuweilen mit schwärmerischem Schwelgen in sublimen Gefühlen, sie äussert sich ferner als ein grosses Selbstvertrauen in zuversichtlichem, dreistem, eitlem, übermüthigem Benehmen, wobei der Kranke bald mehr ein oberflächlich selbstgefälliges, affectirtes Betragen, bald mehr einen tief sitzenden Hochmuth und Stolz und den Hang, sich auf jede Weise Geltung zu verschaffen, zeigt. Der Kranke zeigt sich reizbar und heftig, und wenn der Bestimmtheit seiner Behauptungen oder dem Ausschweifenden seines Thuns durch Einwendungen oder äusseren Zwang entgegengetreten wird, so sucht er, alsbald ungeduldig, unwillig und zornig geworden, sein Thun und Meinen zu vertheidigen und will nichts an sich herankommen lassen, was seine gehobene Stimmung beeinträchtigen könnte.

§. 303.

2. Anomalieen des Vorstellens. Auch hier ist zunächst eine rein formale Steigerung in der Lebendigkeit und Schnelligkeit dieser Processe zu bemerken, welche sich in dem Reichthume an Vorstellungen, dessen sich der Kranke innerlich erfreut, in den lebhaften Reden und in dem häufigen Wechsel der Objecte, auf welche sich das kranke Wollen richtet, zu erkennen giebt. Doch verhält es sich so gewöhnlich nur im Anfange, während später einzelne wenige Wahnvorstellungen ausschliesslich herrschen und ohne lebendigen Wechsel mit anderen das Streben bestimmen.

Eine weitere Anomalie des Vorstellens ist eine innerliche Steigerung, eine Uebertriebenheit der Vorstellungen in Bezug auf ihren Inhalt, sich kundgebend in der Neigung, in grossen, hochtrabenden Worten, möglichst glänzenden Bildern, möglichst hohen Zahlen (Tausende, Millionen etc.) zu reden, und insofern solche übertriebenen Vorstellungen als Bestrebungen sich geltend machen, gehören eben hierher, ihrem Inhalte nach, die so mannigfaltigen, excentrischen Pläne solcher Kranken. Sie sind natürlich nach den früheren Erlebnissen, nach Stand und Beschäftigung, nach der Bildungsstufe des Kranken sehr verschieden. Der Handwerker will sein Geschäft in's Ungeheure vergrössern, der Militair will mit grossen Armeen operiren, Feldzüge anfangen, Eroberungen machen; ein Anderer macht Projecte zu unmöglichen mechanischen Erfindungen, z. B. dem Perpetuum mobile, Andere haben Pläne zur Befahrung von Land und Meer auf neu erfundenen Eisenbahnen oder zu Dampfschiff-Entreprisen in petto, welche alle Meere der Welt beherrschen sollen, oder es sind grosse Reiseprojecte, grosse Baupläne (Schlösser, Städte etc.), welche den Kranken ganz erfüllen. Andere wollen auf dem Gebiete der Ideen wirken, umfassende wissenschaftliche Gedanken, grosse humanistische, religiöse und dergl. Zwecke realisiren, als Apostel auftreten, als Wohlthäter der ganzen Menschheit ihr allgemeines Glück und Frieden bringen etc.

Alles das verschieden, theils nach zufälligen äusseren Einwirkungen, theils je nach dem der Kranke früher vorzugsweise realistische Tendenzen oder ideale Lebenszwecke verfolgte. Immer aber zeichnen sich diese Ideen einmal durch einen Charakter hoher Activität (gegenüber den auf der Idee des Beherrschtwerdens und Leidens beruhenden Vorstellungen der Schwermüthigen), zweitens durch ihre phantastische Uebertriebenheit aus.

Mit diesen Vorstellungen auf's Engste zusammenhängend, gleich ihnen aus gesteigerter Selbstempfindung und Ueberschätzung der eigenen Kraft hervorgehend, ergeben sich nun weiter falsche Vorstellungen und Urtheile in Bezug auf das eigene Ich und dessen Stellung zur Welt. Ganz besonders häufig ist hier der Wahn einer ausgezeichneten Persönlichkeit, einer übermenschlichen Macht, eines unerschöpflichen Besitzes, hohen Standes, vornehmer Abkunft etc. Hierher gehören die in den Irrenhäusern so häufigen Generale, Napoleons, Millionäre, Weltreformatoren, Götter und Heroen, die zahlreichen Kranken, die von Königen geliebt werden, die Kranken, die sich eines besonderen Verhältnisses zu und eines nahen, innigen Umgangs mit dem Göttlichen rühmen u. s. w. Aber alle diese Kranken gehören hierher nur insofern und so lange, als diese Vorstellungen auf einer noch wirklich vorhandenen erhöhten Selbstempfindung beruhen, zu der sie sich auch hier wieder als Erklärungsversuche verhalten.

§. 304.

3. Psychische Schwäche. In den meisten Fällen stellt sich, sobald diese Zustände einmal einen gewissen Höhepunkt der Ausbildung erreicht haben, schon eine gewisse Schwäche der psychischen Processe (zuerst meist als Abnahme des Gedächtnisses und Zerstreutheit) ein. Damit aber hört der Kranke doch nicht auf zu phantasiren, namentlich über sein hohes Wohlgefühl; es ist aber dann oft, als ob er das hohe Ross der Prahlerei und die Stelzen der Affectirtheit nur besteige, um damit sich selbst (und Andere) über die schon leise fühlbare, unaufhaltsam hereindringende Schwäche des Blödsinns zu täuschen, um durch eine Art krankhafter Arroganz eine beginnende Leere und Blösse — freilich auch wieder nicht mit bewusster Absichtlichkeit — zuzudecken. Während dann allmählich die erwähnte Störung des Vorstellens zu verschwommenen, faselnden Phantasieen in grossartigen Worten oder Zahlen wird, so ist es früher, bei noch energischer Activität der psychischen Processe, die Regel, dass einzelne Wahnvorstellungen sich vollständig fixiren. Einzelne feste, consequente, beharrliche Gedankenbildungen drängen sich dann anhaltend in den Vordergrund des Bewusstseins, beherrschen das ganze Denken und werden vorzugsweise in Rede und That geäussert, woraus dann der Anschein eines nur partiellen Befallenseins des Seelenlebens entstehen kann, während doch die ganze Psyche: die eigentlichen Grundlagen eines vernünftigen Bewusstseins, die normale Selbstempfindung und die richtige Ansicht von der eigenen Persönlichkeit und deren Stellung zur Welt durchgreifend alienirt und zerrüttet sind.

Von diesen fixen Ideen, welche den höchsten Grad subjectiver Gewissheit für den Kranken haben, lässt er sich natürlich weder durch äusseren Augenschein, noch durch Gründe abbringen; nur Anfangs kommen zuweilen Remissionen vor, in denen der Kranke manchmal für einige Zeit das Irrige seines Wahns auf vorgelegte Gründe oder äussere Beweismittel hin zugiebt, während er sich doch dabei innerlich durchaus nicht von der Falschheit desselben überzeugen kann.

§. 305.

4. Anomalieen des Strebens und Wollens. Die gesteigerte Action des Strebens zeigt sich in dem Bedürfniss erhöhter excentrischer Thätigkeit, namentlich

aber in zahlreichen ausschweifenden Plänen und Projecten, deren Ausführung dem Kranken, welcher sich selbst Alles zutraut, möglich und leicht erscheint.

Es treten dann gleichfalls einzelne Gruppen von Empfindungen und dunklen Vorstellungen mit besonderer Lebhaftigkeit, als Triebe nach aussen auf, z. B. der Geschlechtstrieb. Er wird in diesen Zuständen, ehe er zu Handlungen determinirt, durch neu dazugekommene Vorstellungen und Urtheile (und zwar von krankhaft exaltirter Beschaffenheit) bestimmt, der Kranke will ihn nur im Sinne seiner Selbstüberschätzung und gewisser Wahnvorstellungen befriedigen; er macht nur Prinzessinnen und vornehmen Damen seine Anträge, die weibliche Kranke spielt imaginäre Liebesabenteuer mit Fürsten und Königen u. dgl. Die Aufregung des Paraphrenikers tritt also nicht so unmittelbar nach aussen, das Streben wird von klar bewussten Vorstellungen und Urtheilen geleitet, verliert dadurch das Triebartige und wird zum wirklichen kranken Wollen. Bei weit grösserer, zuweilen bei vollständiger, äusserer Ruhe ist eine tiefere, innere Unvernunft vorhanden, weil aus der allgemeinen Exaltation sich für die Intelligenz hier bald Folgen ergeben, welche die letzten Prämissen eines gesunden Seelenlebens aufheben.

§. 306.

5. Anomalieen der Bewegungen, des Benehmens, der Sinnesthätigkeiten. Die Bewegungen der erregten Wahnsinnigen zeigen durchaus nicht die äussere Aufregung und stürmische Heftigkeit, wie die der rein Tobsüchtigen. Es ist weit mehr äussere Ruhe vorhanden, und die Aufregung meist eine äusserlich motivirte. Eine Unsicherheit der Muskelactionen kommt auch hier als erstes, an ein trauriges Ende mahnendes Symptom einer beginnenden allgemeinen Paralyse nicht selten vor.

Entsprechend den bisher erörterten Störungen ist das Aeussere und das Benehmen dieser Kranken. Einige treten auf mit der Mimik des Stolzes, der Kraft, Andere kommen dem Beobachter wie wortgeschwollene Theaterhelden vor, noch Andere zeigen ein in feinerer Weise affectirtes, gnädiges, herablassendes Benehmen. Einzelne schmücken sich phantastisch, Andere, namentlich Weiber, kleiden sich nur mit ungewöhnlicher Eleganz, noch Andere vernachlässigen ihr Aeusseres, über ihren ausschweifenden Plänen Alles vergessend. Die Kranken befehlen gern und wollen ungeduldig ihre Befehle schnell befolgt wissen, sie sind begehrlich, freigebig und verschwenderisch; je nach der Verschiedenheit der herrschenden Wahnvorstellungen machen sie verschiedene Anstalten zur Realisirung derselben: Es werden Schreiben, Requisitionen, Proclamationen erlassen, grosse Einkäufe gemacht, gnädige Handbillets ausgefertigt, Orden und Titel mit freigebiger Hand ausgetheilt, es wird an weitläufigen Rechnungen und Bauplänen oder an Broschüren zur Reform der Welt gearbeitet etc.

Hallucinationen und Illusionen, welche der herrschenden Stimmung entsprechen, sind auch hier nicht selten, sie haften hier und ernähren und verstärken wesentlich die Wahnvorstellungen. Der Kranke sieht z. B. einen Engel, der ihm eine Botschaft vom Himmel bringt, er hört Stimmen, welche ihn zu bestimmten Thaten auffordern, oder ihm ganz unverständlichen Unsinn als göttliche Geheimnisse mittheilen; werthlose Besitzthümer erscheinen ihm als Pretiosen u. dgl. mehr.

C. Verlauf.

§. 307.

Je ruhiger der Kranke, während das Wahnsinnsstadium andauert, in seinem äusseren Benehmen allmählich wieder wird, je mehr der Wechsel falscher Vorstellungen zurücktritt, und sich nur einzelne wenige, aber bleibende fixiren, je mehr in der

früheren Individualität des Kranken schon Eigenthümlichkeiten lagen, welche eine baldige Durchdringung und Verfälschung des Ich von ihnen begünstigen, um so weniger ist eine Rückkehr aus dieser Traumwelt zu erwarten. Auf der einen Seite treten im Verlaufe dieser Zustände mehr scheinbare, als wahre Remissionen ein, sie bestehen mehr in äusserer Beruhigung, als in innerem Nachlass, in einer stilleren Beschäftigung mit dem Delirium; auf der anderen Seite kommen aber auch völlige Intermissionen vor. Z. B. beobachtet man bei der classischen Paralyse $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahre dauernde reine Intermissionen, während welcher Zeit die Psychose vollständig zurücktritt.

D. Prognose.

§. 308.

Die Prognose für Paraphreniker, welche in dieses Stadium gekommen sind, ist nicht immer ungünstig. Sind noch keine dementen Züge zur Beobachtung gekommen, so kann der Kranke noch genesen; dann fällt es ihm oft wie Schuppen von den Augen, er erwacht wie aus einem Traum und kann dann nicht begreifen, warum ein einfaches Raisonnement in Bezug auf seinen Wahn, der ihm jetzt ganz klar ist, während der Krankheit durchaus keinen Eindruck auf ihn machen konnte. Jetzt ist er empfänglich für Gründe, und es ist hier wirklich oft nöthig, dem Verständniss des Reconvalescenten durch Erklärungen und demonstratio ad oculos nachzuhelfen, um die Wahnvorstellungen, die noch hier und da auftauchen, aber von dem Kranken schon als Irrthümer erkannt werden, ganz zu entkräften.

Ein völlig fixer exaltirter Wahn, wenn er einmal über ein halbes Jahr gedauert hat, verschwindet nicht leicht wieder; doch kommen auch hier einzelne Fälle vor, wo nach mehrjähriger Dauer namentlich unter Entwicklung anderweitiger Krankheitsprocesse Wahnvorstellungen allmählich verschwinden. Wenn im Ablauf der verschiedenen maniakalischen Stadien sich schon demente Züge gezeigt haben, ist noch eine Heilung mit Defect möglich (cf. §. 68, p. 92).

IV. Stadium attonitatis seu stuporosum.

Der katatonische Stupor als Zustandsform einer Paraphrenia alternans seu complexa.

Vergl. Katatonie, drittes Capitel dieses Abschnittes.

V. Stadium dementiae.

Die psychischen Schwächezustände als Terminalstadien einer Paraphrenia alternans seu complexa.

1. Der Blödsinn mit rudimentären Wahnideen.

§. 309.

Den häufigsten Ausgang aus den Zustandsformen Melancholie und Manie beschreibt Verfasser unter der Bezeichnung: Partielle Verrücktheit. Es ist nach den bisherigen Ausführungen natürlich nicht möglich, diesen Namen beizubehalten, weil ich etwas anderes darunter verstehe (cf. Einleitung dieses Buches). Ich begreife unter des Verf.

„partieller Verrücktheit“ jene secundären Zustände von Irresein (secundäre Verrücktheit, v. Krafft-Ebing), wo mit bedeutender Abnahme und nach gänzlichem Erlöschen des ursprünglichen krankhaften Affects das Individuum nicht genesen, sondern in der Weise erkrankt geblieben ist, dass es nun am auffallendsten in einzelnen, rudimentären, fixen Wahnvorstellungen, die mit besonderer Vorliebe gepflegt und stets wiederholt geäussert werden, delirirt, — immer also eine secundäre, aus der Melancholie und Manie herausgebildete Krankheit.

A. Symptomatologie.

§. 310.

1. Anomalieen der Selbstempfindung, der Triebe und des Wollens. Der Uebergang der Melancholie und Manie mit Wahn-Vorstellungen in diese Zustände geschieht immer allmählich. Oft sehr langsam, mit Schwankungen von mehrjähriger Dauer tritt der Zustand negativen oder affirmativen Affects, in dem sich die Kranken befanden, zurück, ein ganz chronischer Zustand abgeschwächter, melancholischer oder maniakalischer Gemüthserregung bleibt aber oft lange bestehen, und erst spät erlischt auch dieser gänzlich mit Zurücklassung einzelner Wahn-Vorstellungen. Mit dem Schwächerwerden des Affects stellt sich die äussere Besonnenheit allmählich wieder her; an die Stelle der oft früher vorhandenen Verwirrtheit (Perturbation) des Vorstellens, der gehemmten Spannung oder der convulsivischen Erschütterung und Losgelassenheit des Strebens tritt wieder ein gleichmässigerer Fluss der psychischen Thätigkeit. Allmählich stellt sich ein äusseres Gleichgewicht ganz oder fast ganz wieder her, indem mit dem Erlöschen der Affecte das Gemüth sich vollständig beruhigt hat.

Aber dies ist nun nicht mehr das Gleichgewicht des früheren, gesunden Lebens. Es hat sich allmählich ein neuer mittlerer Stand des psychischen Tonus, ein neues Gemüth und ein neuer Charakter gebildet; die Kranken sind jetzt — nicht etwa die vorigen Menschen plus einige Irrthümer oder eine einzige Wahn-Vorstellung; sie sind durch und durch andere geworden. Diese durchgreifende Veränderung, welche natürlich da am deutlichsten sich zeigt, wo der allgemeine melancholische Schmerzzustand, die allgemeine maniakalische Exaltation nunmehr gänzlich erloschen ist, besteht wesentlich in Abstumpfung und Schwäche aller psychischen Reactionen, in Gemüthsleere, Gleichgültigkeit und verminderter Energie des Willens. Keiner dieser Kranken ist derselben Theilnahme an der Aussenwelt, derselben Liebe und desselben Hasses mehr fähig wie früher; Freunde und Verwandte können sterben,

das Liebste, was der Kranke früher hatte, kann zu Grunde gehen, das froheste Ereigniss kann seiner Familie widerfahren — er wird höchstens in ganz oberflächliche, unangenehme oder angenehme Erregung gerathen, oder er wird über die Sache wie über eine unwillkommene Störung schnell hinweggehen, oder er wird gar nicht darauf reagiren. Nur von einer Seite kann der psychische Tonus noch immer schnell bestimmt und verändert, können Gemüths-Affecte und Willens-Reactionen noch immer schnell hervorgerufen werden: Man berühre ernstlich den fixen Wahn, man trete seiner Aeusserung mit Raisonnement, seiner Geltendmachung mit Gewalt entgegen, sogleich wird der Kranke zornig, heftig werden; man schmeichle dem Wahne, und er wird sich freuen.

In einzelnen Fällen, die zu forensischer Beurtheilung kommen können, bildet die totale Gemüthsabgestorbenheit und dadurch verkehrte Gemüthsreaction ein ganz hervorstechendes Element dieser Zustände; sie stellen eine Art ganz chronisch gewordener, fixirter Moral Insanity dar, die man wohl Gemüthsverrücktheit nennen kann. Unter geisteskrank gewordenen Trinkern wird man die Haupt- aber nicht die einzigen Exemplare dieses Zustandes finden.

Die gemüthliche Abgestorbenheit dieser Individuen zeigt sich recht charakteristisch in ihrem Verhältniss zu der Irrenanstalt. Sie finden sich fast ohne Ausnahme ganz leicht in ihren Aufenthalt daselbst, als ob er sich von selbst verstände. Sie complottiren nie (wozu ihre Ueberzahl sie leicht befähigen würde), ein einziger Wärter leitet sie wie eine Herde.

Die Möglichkeit affectvoller Zustände ist also nicht aufgehoben, aber nur eine Gruppe von Vorstellungen ist noch mächtig genug, um solche entstehen zu lassen. Die vorherrschende Stimmung ist zwar im Ganzen eine der Wahnvorstellung entsprechende, doch schon in abgeschwächtem Maasse, und in den höheren Graden der Affection herrscht eine so völlige Gleichgültigkeit, dass der Kranke sich beharrlich fort, ohne alle Spur von Gemüthserhebung, für den Beherrscher der Welt, den Besitzer aller irdischen und himmlischen Dinge, für Gott etc. zu erklären vermag. Die psychische Reaction auf alle anderen Erregungen, als die mit dem Wahne in Connex stehenden, scheint deswegen überhaupt so schwach zu sein, weil einmal das Vorstellen, soweit es sich nicht auf den Wahn bezieht, im Ganzen seine Energie eingebüsst und eine tiefere Abstumpfung erlitten hat, sodann weil häufig viele Vorstellungsmassen, die dem früheren Leben des Kranken angehört hatten, nun völlig ausgelöscht, vergessen sind oder von dem Kranken gar nicht mehr als seine eigenen anerkannt werden. Dem Kranken ist, ungeachtet er nicht mehr im Zustande des Affects sich befindet, welcher früher die Erkenntniss des Irrthums unmöglich machte, ungeachtet er in der That mit dem ihm gebliebenen Reste zuweilen formal richtig raisonnirt, gar keine Möglichkeit des Zweifels an seinem Wahne mehr gegeben. Dass sich die fixen Vorstellungen in ihrem Zuge gar nicht mehr stören

lassen, kommt jetzt daher, dass ihnen gar kein Gegengewicht, gar kein innerer Widerspruch mehr entgegentritt, und dies scheint ebenso sehr auf einer allgemeinen Abschwächung des früher möglichen Vorstellens, als auf der Auslöschung einzelner Reihen gesunder Vorstellungen zu beruhen. So mag der Grund der Unmöglichkeit, den Wahn als solchen einzusehen, und wieder die allgemeine Gleichgültigkeit und verminderte psychische Reaction auf denselben psychischen Mängeln begründet sein.

In ähnlicher Weise verhält sich die Sache auf der motorischen Seite des Seelenlebens. So lange noch leise melancholische und maniakalische Gemüthserregungen übrig sind, hat das Streben im Allgemeinen den Charakter dieser Zustände, und es werden dann theils ein einseitiges Festgehaltensein in einer negativen Richtung (z. B. anhaltende Neigung zu ruhigem Zerstören lebloser Dinge, Kleiderzerzupfen, Papierzerreissen etc.), theils eine unruhige Geschäftigkeit im Sinne der Wahnvorstellungen, theils vorübergehende tobsüchtige Anfälle beobachtet. Später aber tritt auch auf der Seite des Strebens ein mittlerer oder höherer Grad allgemeiner Schwäche ein; Einzelne können von früher her gewohnte, mechanische Beschäftigungen (Karten- und Schachspiel) fortsetzen, oder sie können leichte, manuelle Arbeiten verrichten; aber es ist keine Rede mehr von einem Bedürfnisse gesunder Thätigkeit, und sogar das der Wahnvorstellung entsprechende Treiben, das Briefe-Schreiben, Proclamationen-Erlassen etc. wird immer energieloser und seichter, und in den höchsten Graden bleibt nur noch die schwächlichste Geschäftigkeit, das Hantiren mit Kieselsteinen, Lumpen, Papier etc. übrig.

Allerlei grillenhafte Neigungen beobachtet man ganz besonders. Einige suchen sich immer mit Wasser zu thun zu machen, Andere wollen immer die Schuhe ausziehen, Andere zeigen eine besondere Vorliebe für einzelne Orte oder Winkel, wo sie sich immer aufhalten; Einige wollen gar nicht sprechen, Andere schreien, singen, declamiren gern oder wollen immer die Wand bemalen; Andere lieben es, sich mit Stroh, mit Fetzen und Lumpen auffallend zu putzen, Andere wollen die Nägel beständig wachsen lassen, noch Andere verüben immer boshafte Streiche, machen immer sonderbare Geberden etc. Oft hat dieses Treiben einen besonderen, geheimen Sinn für den Kranken oder es geht überhaupt aus einzelnen mit dem Wahne zusammenhängenden Stimmungen hervor; andere Male ist es rein automatisch, der Kranke weiss selbst keinen Grund dafür anzugeben und wird zornig, wenn man solchen wissen will, in derselben Weise, wie der Gesunde ärgerlich wird, wenn man ihn um den Grund von grillenhaften Gewohnheiten (Nägelkauen, allerlei unnöthigen Bewegungen mit den Händen etc.) fragt.

§. 311.

2. Anomalieen des Denkens. Unter den Störungen des Denkens fällt zuerst eine formale Veränderung, nämlich ein bald mässiger, bald höherer Grad von Schwäche des Denkens auf, mit dem, wenigstens sehr häufig, gleichzeitigen Verluste (Vergessensein) grösserer Gedankenkreise, die früher dem gesunden Leben angehörten. Schon aus diesen Gründen ist den Kranken kein freies Erkennen, keine gesunde geistige Conception mehr vergönnt. Einzelne können wohl noch ziemlich geordnete Gespräche führen, doch gewöhnlich nur solche, die sich in geläufigen Phrasen abmachen lassen; sobald es an wirkliches, abstractes Denken gehen soll, so zeigt sich bald die Unmöglichkeit, den Gegenstand zu durchdringen. Wahrer Scharfsinn kommt niemals vor, wenn man nicht jeweilige barocke Gedankenverbindungen, die in ihrer abrupten Zufälligkeit wohl hin und wieder etwas Ueberraschendes haben können, so nennen will. Meist kann der Kranke keine Vorstellung, die nicht eng mit dem vorzugsweise herrschenden Wahne verbunden ist, auch nur einigermaassen fixiren, er schweift vom Thema ab und kehrt, gewöhnlich beim Schreiben noch mehr als beim Sprechen, offener oder versteckter zu jenem Kreise des Denkens zurück, der für ihn allein noch der wirkliche, reale ist. In den höheren Graden aber wird diese Schwäche des Vorstellens zu wirklicher Verwirrtheit (Paralepsie cf. §. 67 u. 314 f.), einem zufälligen, sinn- und zusammenhangslosen Aufsteigen von Bildern und Gedanken, die nur locker durch die Einheit der fixen Ideen zusammengehalten werden.

Wie die einzelnen Wahnvorstellungen in der Schwermuth oder Manie entstanden sind, haben wir oben gesehen und ihr Inhalt ist der dort schon kennen gelernte. Immer beziehen sie sich auf die eigene Persönlichkeit des Kranken, auf seine Stellung zur Welt oder zum Göttlichen. Aber in Bezug auf ihren Inhalt zeigen sie eine wesentliche Verschiedenheit. Einmal sind es exaltirte, maniakalische Vorstellungen von activer Art, von Erhebung des Subjects und Beherrschung der Objectivität: Götter, Personen der Drei-Einigkeit, Staatsreformatoren, Könige, grosse Gelehrte, Propheten, Abgesandte Gottes, Erfinder des Perpetuum mobile, Beherrscher der Natur, die das Siegel aller Geheimnisse erbrochen und die Elemente aller Dinge durchdrungen haben etc. Oder die Wahnvorstellungen beziehen sich auf ein Leiden, auf ein Beherrschtsein durch die Objectivität. Die Kranken glauben sich verfolgt, von Complotten umgeben, von geheimen Feinden mittelst Elektricität gequält, von den Freimaurern beeinträchtigt, vom Teufel besessen, zu ewigen Qualen verdammt, ihrer liebsten Güter beraubt etc. Oder sie hegen fixe Wahnvorstellungen über den eigenen Körper, sie sind völlig leblos, todt,

haben Beine von Glas, von Butter, beherbergen fremde Wesen in ihrem Leibe etc.

Je beschränkter der Kreis dieser Wahnvorstellungen ist, um so mehr erscheinen sie bei oberflächlicher Betrachtung als blosse oft nicht einmal sehr bedeutende Verstandes-Irrthümer. Allein wie sehr würde sich ein solcher Irrthum auch im besten Falle von dem aus mangelhafter Erkenntniss hervorgehenden Irrthume des Gesunden unterscheiden! — Eine lange Reihe psychischer Störungen musste ihm vorausgehen, aus Zuständen von Affect hat er sich innerlich herausgebildet, die ganze Persönlichkeit des Kranken ist mit ihm identificirt, er kann ihn weder freiwillig ablegen, noch durch Raisonnement desselben entledigt werden, und damit der Wahn in dieser milden Form des Irrthums fortbestehen kann, musste nicht nur jene lange Reihe affectartiger Zustände ablaufen, in denen er sich bildete, es musste auch eine Lückenhaftigkeit des Denkens übrig bleiben, die sein Bestehen sichert.

Ueberhaupt aber besteht diese Zustandsform der Paraphrenie nicht sowohl darin, dass der Kranke nur über einen Gegenstand falsch denkt, sondern vielmehr darin, dass er eine einzige falsche Haupt-Idee immer wieder vorzugsweise äussert, weil diese sich immer aufdrängt. Sein falsches Denken ist viel ausgedehnter, der Wahn, der sich auf dem praktischen Gebiete affectartig erschütterter Gemüthsinteressen gebildet hat, durchdringt nicht nur das nächste Gebiet der Subiectivität, wo er die Taxirung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Stellung zur Welt verwirrt, sondern er wirkt sich auch in alles theoretische Vorstellen des Kranken ein und verfälscht ihm allmählich alle Gedankenkreise. Denn zu dem Wahne bringt er unwillkürlich Alles in Beziehung, von ihm aus urtheilt er, und so kann es gar nicht fehlen, dass er im besten Falle (z. B. bei einem blos hypochondrischen Wahn) wenigstens eine ihm früher ganz fremde Verschrobenheit der Gefühle und Lebens-Ansichten zeigt. Bei irgend wichtigeren Wahnvorstellungen über die eigene Persönlichkeit aber wird die ganze Welt-Anschauung des Kranken total alienirt; von einem falschen Centrum aus und mit falschen Prämissen wird Alles combinirt, und wo noch am meisten formal logische Ordnung und Methode in diesem Irresein ist, da kommt es sehr häufig zu einem umfassenden — übrigens zuweilen sorgfältig verborgen gehaltenen — Systeme von Unsinn, in welchem oft alle Verhältnisse des menschlichen Verkehrs, alle sittlichen Beziehungen, ja die ganze innere und äussere Einrichtung des Universums in geheimnissvollem Galimathias ihren Ausdruck finden sollen. Manchmal genügt dem Kranken die gewöhnliche Sprache gar nicht mehr und er bildet sich, wenigstens für die Wahnvorstellungen, eine ganz eigene Sprache, die er ebenso, wie die Somnambulen die ihrige, für die Ursprache, die

Sprache des Himmels erklärt, und je mehr dabei noch die Sinnesempfindung durch Hallucinationen verdorben und die innere Anschauung durch Verwirrtheit (Paralepsie cf. §. 314) und Schwäche undeutlich und verschoben wird, um so mehr gehen diese Zustände in die terminalen Formen über.

Jene vorstechenden Wahnvorstellungen lassen sich in ihrer Entstehung immer auf ein Stadium melancholicum oder maniacum, oft auf besondere Ereignisse während desselben zurückführen. Besteht die fixe Idee in dem Wahne einer neuen ausgezeichneten Persönlichkeit, so ist ihr Verhalten zu einem dagegen gerichteten Raisonnement sehr merkwürdig. Meist geben die Kranken noch Rechenschaft über ihr früheres Leben, zuweilen geben sie sogar an, sie seien geisteskrank gewesen (gewiss aber nur vom Hörensagen; und sie verstehen dann darunter nur das Stadium melancholicum), oft erzählen sie die näheren Umstände ihrer Verwandlung (namentlich Hallucinationen), aber gewöhnlich sehr undeutlich; bemerken sie, dass im Gespräche sich eine Anfechtung der fixen Ideen zusammenziehen will, so wenden sie sich gewöhnlich still und unwillig ab; werden wirklich Argumente gegen sie geäussert, so fangen sie an, zu schelten und heftig zu werden, und man hat meist wieder für lange Zeit ihr Vertrauen verloren. Einigen dieser Kranken erscheint ihre wahre frühere Persönlichkeit wie eine verstorbene; sie reden von ihr wie von einer dritten Person, und oft reichen nur noch vage Erinnerungen herüber aus dem Dunkel, in dem das alte Ich verdämmert und versunken ist.

§. 312.

3. Hallucinationen und Illusionen aller Sinnesorgane sind in keiner Form des Irreseins so häufig, wie bei diesen Formen, und in sehr vielen Fällen nähren und unterhalten sie vorzüglich das Delirium. Oft conversirt der Kranke oder zankt anhaltend mit den gehörten Stimmen und geräth in zornige Aufregung; oft findet er in einer heiteren Gesichtsillusion sein ganzes Glück, wie jene verrückte Mutter, die in einem zerbrochenen, mit Lumpen bedeckten Kruge ihr geliebtes, verlorenes Kind sah und seiner viele Jahre lang mit der grössten Zärtlichkeit pflegte.

Die Bewegungen, das Aeussere und das Benehmen dieser Kranken zeigt, auch in den mildesten Formen, immer eine gewisse Verschrobenheit und Verzerrtheit. Die Physiognomie erscheint meist alt und verwittert, mit stumpferem oder von dem herrschenden Wahne gefordertem Ausdruck. Die Meisten zeigen besondere Bizarrerien in ihrem Benehmen; Einige gesticuliren beständig oder bewegen Hände und Kopf in pedantischem Gleichmaass, Andere stehen oft wie in Verzückung stille, um Hallucinationen zu lauschen, Andere gehen unablässig an einem bestimmten Lieblingsplatze auf und ab, wie Thiere in einem Käfig, und sprechen oder brummen dabei Worte, Reime oder Melodieen. Einige halten sich immer in den dunkelsten Räumen auf, die sie finden können, wenden den Vorübergehenden sogleich den Rücken zu und werden bei jeder

Störung heftig. Andere beschäftigen sich anhaltend mit Sammeln von Bruchstücken aller Art, Lumpen, Steinchen, Schnecken etc., denen sie einen hohen Werth zuschreiben; noch Andere schmücken sich phantastisch mit allem, was ihnen in die Hände kommt.

Gewöhnlich stellt sich mit dem Ablauf der melancholischen oder maniakalischen Periode wieder eine Vermehrung des Körpervolumens und ein Zustand körperlichen Wohlbefindens ein, und jede Irren-Pflege-Anstalt enthält solche Kranke, die schon viele Jahrzehnte in mittlerem Wohlsein fortleben und ein hohes Alter erreichen.

B. Verlauf und Prognose.

§. 313.

Intermissionen oder Remissionen kommen hier nicht mehr vor, und es scheint nach den bisherigen Erfahrungen niemals mehr eine vollständige Heilung dieser Zustände möglich zu sein. Die psychische Schwäche wird, je länger sie andauert, um so allgemeiner; und da bei der allgemeinen Paralyse die Sinnesorgane immer mehr an ihrer Perceptionsfähigkeit einbüssen und auch die vegetativen Functionen schwächer werden, bieten diese Kranken schliesslich das Bild einer allgemeinen Stumpfheit, eines vollkommenen Blödsinns dar und sterben, wenn nicht acute intercurrirende Krankheiten (Pneumonie etc.) sie schnell dahinraffen, geistig und körperlich langsam ab.

2. **Die Verwirrtheit** (Paralepsie), **der agitirte, versatile Blödsinn** — Schüle, (der reizbare, erethische Schwachsinn — Salgó).

§. 314.

Unter den psychischen Schwächezuständen ohne das auffallende Herrschen eines Einzel-Wahns begreifen wir — im Gegensatz zum apathischen Blödsinn — diejenigen unter der Benennung des agitirten Blödsinns, der Verwirrtheit, wo die Kranken noch einige äussere Lebendigkeit und Beweglichkeit sowohl in Rede als Benehmen zeigen, welche dann eben auch auf einige noch vorhandene Mannigfaltigkeit und Activität des Vorstellens und Strebens hinweist. Auch hier giebt es unendliche Verschiedenheiten in der Aeusserungsweise der psychischen Schwäche; noch am meisten Charakteristisches haben die zahlreichen Fälle, welche in ihrem äusseren Verhalten eine sichtbare Aehnlichkeit mit der Manie darbieten. Diese Aehnlichkeit kann freilich immer nur eine äussere und oberflächliche sein.

Denn in all diesen Fällen besteht die Grundstörung in einer allgemeinen Schwäche der psychischen Thätigkeiten. Von Seiten des

Gemüths äussert sich diese in der zunehmenden Unfähigkeit der Kranken zu jedem tieferen Affect, mit unregelmässigem Wechsel ganz oberflächlicher Gemüthsbewegungen oder anhaltender völliger Gleichgültigkeit. Hass und wirkliche Liebe sind gleich unmöglich bei diesen Kranken; Entbehrungen kennen sie kaum oder gar nicht und über angenehme Ereignisse können sie sich kaum oder gar nicht mehr freuen. Kommt auch zuweilen eine augenblickliche, turbulente Aufwallung vor, so ist sie doch weder von starken Vorstellungen noch von einem energischen Gefühls- oder Willensacte getragen, die Gleichgültigkeit kehrt schnell zurück, und diese Gleichgültigkeit ist es auch, welche die Gefühlsreactionen auf die Aussenwelt qualitativ abnorm erscheinen lässt (Fortlachen, Fortspielen auch bei den traurigsten Anlässen etc.). Verschiedenheiten in der herrschenden Grundstimmung kommen immerhin vor. Einige dieser Kranken äussern anhaltend eine heitere Stimmung, Lachen, Tanzen, Singen und zeigen in Geberden und Rede Eitelkeit, Selbstgefälligkeit und dreiste Zuversicht (Moria). Andere zeigen ein ängstliches Wesen, weinen viel und bieten die Mimik der Trauer und Besorgniss dar. Noch andere zeigen eine Neigung zu boshaften Streichen, zu Schadenfreude etc. Aber diese Stimmungen sind weder äusserlich (wie beim Gesunden) noch innerlich (wie beim Maniakus und Melancholischen) psychisch motivirt, sind ganz oberflächlich, können ohne allen Grund mit einander wechseln und äussern sich durchaus in schwächlicher, kindischer, läppischer Weise. Bei aller Unbekümmertheit und bei der Abwesenheit jeder wirklichen Begierde kommen ebenso doch unordentliche psychische Bewegungen und ein zweckloses, zuweilen extravagantes Treiben vor, dessen Sinn der Kranke selbst nicht mehr versteht, und die Willensreaction, wo noch solche vorhanden ist, hat durchaus den Charakter des Flüchtigen und Schwankenden.

§. 315.

Während schon von dieser Seite Alles auf Schwäche, Ohnmacht und Erschlaffung hinweist, zeigt sich derselbe Charakter, fast in noch höherem Maasse, auf dem Gebiete des Vorstellens, wie denn schon oben der Zusammenhang jeder Gemüthsschwäche mit der Schwäche des Vorstellens besprochen wurde. Diese äussert sich vor Allem als Verlust des Gedächtnisses, und die Reproduction der Vorstellungen ist hauptsächlich in der Art beeinträchtigt, dass das näher Liegende, das jetzt, während des Blödsinns, Vorgestellte immer augenblicklich wieder vergessen wird, während nicht selten frühere, an Ereignisse längst vergangener Lebens-Perioden geknüpfte Vorstellungen leichter reproducirt werden; doch haben manche dieser Kranken auch ihr früheres Leben und ihren eigenen Namen ganz vergessen. Da alle Operationen des

Vorstellens durchaus energielos vor sich gehen, so werden von dem jetzt Vorgestellten keine Eindrücke mehr festgehalten; damit aber ist die Fähigkeit, mehrere Vorstellungen mit einander zu vergleichen, ein Gemeinsames aus ihnen zu abstrahiren, zu urtheilen und zu schliessen verloren gegangen, und alles Vorstellen zu einem zusammenhanglosen Spiele flüchtig auftauchender und wieder vergehender Bilder und Worte herabgesunken. Es ist eine unnütze und sterile Activität der Intelligenz, die sich in disparaten, isolirten und lückenhaften Vorstellungen ergeht, aber unfähig ist, sie zum Urtheil zu verbinden. Hieraus ergiebt sich also einerseits die Unmöglichkeit jeder Abstraction, andererseits auch eine äusserliche Verwirrtheit (cf. Paralepsie §. 67) in den aus zufällig gegenwärtigen Sinneseindrücken hervorgegangenen oder nach dem ganz äusserlichen Zusammenhange zufälliger Aehnlichkeiten (namentlich z. B. der Assonanz) associirten Bildern und Vorstellungen. Daher der Mangel aller Logik, der unregelmässige Wechsel unzusammenhängender Vorstellungen, das sinnlose, papageienartige Wiederholen von Worten und Phrasen aus Gewohnheit und nach zufälligen Aehnlichkeiten der Laute, die incohärenten und widersinnigen Antworten. Oft glaubt man noch bei solchen Kranken eine Anstrengung des Gedächtnisses, des Urtheils, der Aufmerksamkeit zu gewahren, die aber machtlos und vergeblich ist; oft bemerkt man im Einzelnen ihres Gesprächs, welche Mittelglieder zwischen den disparaten Vorstellungen fehlen, und welches die Uebergänge sein sollten, über welche die Ideensprünge weghüpfen, ja man erhält zuweilen von dem mitleidswerthen Kranken den Eindruck, als fühle noch Etwas in ihm mit leisem Schmerze die Unmöglichkeit, sich in diesen aus einander gefallenen Trümmern des psychischen Lebens zurecht zu finden.

Eigentliche fixe Ideen, consequent ausgebildete Wahnvorstellungen treten hier nicht mehr neu auf, die von früher vorhandenen derartigen Gedankenbildungen werden mit der zunehmenden Schwäche lockerer, und der Kranke kann so wenig fest an sie glauben, als er überhaupt irgend etwas mit Energie festhalten kann. Doch hält gerade die Reproduction der in der maniakalischen Aufregung entstandenen Vorstellungen oft lange Stand, und man findet die Uebertriebenheit des Wahnsinns hier so häufig wieder in dem sinnlosen Wiederholen grosser Zahlen, ungeheurer und abenteuerlicher Bilder der eigenen Grösse und und des eigenen Besitzes (Tausende von Millionen, Diamanten, Welten etc.), was aber Alles für den Kranken zum blossen Spiel von Worten, bei denen er sich nichts mehr denken kann, geworden ist.

§. 316.

Die Sinnesorgane können normal functioniren, so dass die Kranken zwar gut sehen, hören etc., aber die Verarbeitung und Umänderung der

Sinneseindrücke zu adäquaten Vorstellungen im Gehirn nicht mehr recht von statten geht; oder — und zwar gewöhnlich — es sind Hallucinationen vorhanden, welche mit den Vorstellungen den Charakter der Verwirrtheit, Zufälligkeit und Abruptheit theilen.

Die Muskelbewegungen sind in sehr vielen Fällen durch beginnende oder weiter schreitende allgemeine Lähmung beschränkt. Wo dies nicht der Fall ist, werden die Körperbewegungen oft unruhig und unstät, doch plump und ohne vielen Wechsel ausgeführt, und die Körperstellung wird oft schwerfällig und unbehülflich. Die Kranken laufen zuweilen beständig umher, wie wenn sie etwas suchen wollten, oder sie treiben sich tanzend, hüpfend, mit den Händen gestikulirend herum und machen bizarre, automatische Bewegungen. Ihre Haltung und Geberden drücken entweder vollständige Nullität oder nur die oberflächlichsten Affecte aus, und auch hier kommen mannigfaltige kindische und grillenhafte Gewohnheiten vor, Kehrichtsammeln, beständiges Liegenbleiben im Bette, Freude an Spielwerk und lächerlichem Putz etc. Zuweilen kommt eine launische Weigerung zu essen unter anderen Aeusserungen kindischer Widersetzlichkeit vor; häufiger sieht man eine behagliche Gefrässigkeit, oft ein sinnloses Hinunterschlingen der ekelhaftesten Dinge. Sehr viele dieser, lange in den Irrenhäusern eingeschlossenen Kranken treiben noch Onanie, und man erhält zuweilen aus ihren Reden Andeutungen von bedeutenden Störungen der sexuellen Functionen, welche zu weiteren Untersuchungen über diesen Punkt veranlassen könnten.

Die Physiognomie ist meist alt und plump, der Blick leer, und das Aeussere der Kranken oft durch Vernachlässigung und Schmutz abstossend geworden. Das körperliche Befinden kann gut, oder es können die verschiedensten chronischen oder acuten Erkrankungen vorhanden sein; nicht selten besteht Neigung zum Fettwerden.

Von freien Intermissionen ist im Verlauf der Verwirrtheit keine Rede mehr. Remissionen kommen in der Weise vor, dass ruhigere und etwas besonnenere Zustände mit den Zeiten grösserer Turbulenz und Agitation abwechseln. Der Verlauf dieser Zustände ist ein zu immer tieferer Schwäche fortschreitender, am schnellsten bei der Complication mit Paralyse, sonst mit Jahre langen Stillständen. Heilung tritt niemals mehr ein.

3. Der apathische Blödsinn

(die anergetische geistige Schwäche — Salgó).

§. 317.

Theils als Ausgänge der zuletzt betrachteten Form, theils ohne dass die lautere und agitirtere Aeusserungsweise des Blödsinns vorausgegangen wäre, kommen als äusserste Grade psychischer Ver-

kommenheit noch tiefere und ausgebreitetere Zustände von Seelenlähmung vor.

Die Unfähigkeit, mehrere Vorstellungen zusammen zu fassen und zu vergleichen, nimmt hier immer mehr zu, und an die Stelle der bei den vorigen Formen noch möglichen Mannigfaltigkeit abrupter, unzusammenhängender Vorstellungen tritt allmählich eine fast gänzliche Abwesenheit von Bildern und Gedanken. Die Sinneseindrücke werden nicht mehr verarbeitet, es wird nichts weiter aus ihnen gebildet; das Gedächtniss ist beinahe vollständig erloschen, so dass nicht nur von einem Augenblicke zum anderen Alles vergessen wird, sondern auch aus dem früheren Leben der eigenen Person fast keine Erinnerung geblieben ist. Auch die Sprache ist oft zum grössten Theile vergessen, so dass die Kranken im besten Falle noch einige geläufige, höchst beschränkte Ausdrücke halb zweckmässig anbringen können, häufiger die zurückgebliebenen Worte nur ganz automatisch wiederholen, oder, des Wortes selbst gar nicht mehr mächtig, nur noch Bruchstücke früher gewohnter Laute hervorbringen. Mit diesem höchsten Grade von Stumpfheit der Phantasie und dieser Nullität der Intelligenz geht gleichen Schritt die tiefste Schwäche des Willens. Nichts mehr kann der Kranke aus eigenem Antriebe thun, er muss sich vielmehr völlig passiv durch fremde Impulse, kaum noch durch Reste früherer Gewohnheiten bestimmen lassen; oft ist er nicht mehr fähig, für seine einfachsten Bedürfnisse zu sorgen, er muss gefüttert werden, verirrt sich jeden Augenblick in seinem eigenen Zimmer, und seine Unkenntniss jeder Gefahr legt Anderen die Pflicht auf, ihn vor Unglücksfällen zu bewahren. Sein Benehmen ist unverändert, gleichförmig, bald scheinbar in sich gekehrt, schüchtern, träge, lautlos und bewegungslos, bald werden automatische Bewegungen, Hin- und Herwiegen des Körpers, Händereiben, Murmeln, Lallen etc. ohne Sinn und Zweck ausgeführt. Diese Geberden sind leblos, die Gesichtszüge ganz erschlafft oder staunend oder ohne Motiv scheinbar aufmerksam, und das leere Hinstarren und Lächeln zeigt, dass keine Vorstellungen mehr da sind, welche der Kranke auszudrücken hätte. Doch kommen zuweilen noch schwache Aeusserungen von Lust und Unlust und von Affecten vor, von gewohnter oder auch zuweilen von wenig motivirter, bizarrer Zuneigung zu einzelnen Personen, von Schamgefühl, von kindischer Schadenfreude, von Aengstlichkeit (Verstecken) etc.; in einzelnen besseren Stunden kehren wohl auch Anklänge aus dem früheren Leben, mehr Empfänglichkeit und Theilnahme für die Aussenwelt und ein lebhafteres Gefühl für freundliche Behandlung zurück, und es liegt in dem Uebrigbleiben solcher Spuren von Selbstempfindung und Gefühl wohl Aufforderung genug dazu, die menschliche Natur auch in ihrer tiefsten Versunkenheit noch an diesen Unglücklichen zu achten, deren

stumme, unverständliche Geberde so oft, ihnen selbst unbewusst, eine finstere Vergangenheit anklagt.

Tiefe Störungen in den motorischen und sensitiven Thätigkeiten des Gehirns begleiten ausserordentlich häufig diesen traurigen Seelenzustand, namentlich die allgemeine Paralyse der Bewegung und oft auch der Empfindung, so z. B., dass solche Kranke oft ohne alle Perception die tiefsten und ausgebreitetsten Verbrennungen erleiden können. Die Ernährung kann dabei oft längere Zeit unbeeinträchtigt sein, so dass die Kranken fett bleiben, mit gefrässigem Appetit essen etc.; auch der Schlaf ist oft wohlerhalten, fest und lang.

Der einzige für diese Zustände mögliche Ausgang ist der Tod. Die Kranken erliegen zuweilen den apoplektiformen Anfällen, welche im Verlauf der allgemeinen Paralyse vorkommen, oder den wässrigen Ergüssen im Gehirn, der Atrophie desselben etc. oder anderweitigen chronischen oder acuten Krankheiten, Pneumonie, Lungenbrand, Tuberculose, Darmkatarrh. Einzelne sterben, bei Mangel an genauer Aufsicht, an den Folgen einer Urinstagnation in der Blase oder der Fäcesanhäufung im Darm, oder an Unglücksfällen, Verbrennungen, Ersticken durch grosse Bissen u. dgl.

In der hier geschilderten extremen Weise endigt sowohl die senile Geistesschwäche, als manche ihr sehr analoge Zustände in früheren Lebensaltern, welche auch auf Gehirnatrophie, zum Theil mit Arteriendegeneration, zum Theil ohne solche beruhen. Diese traurigen Fälle eines primären, ganz langsam beginnenden, progressiven, oft bis zu gänzlicher geistiger Vernichtung gehenden Blödsinns im besten Mannesalter kommen in niederen und höheren Ständen vor, in letzterem Falle zuweilen bei bedeutenden Menschen, nach geistiger und körperlicher Ueberanstrengung und Ueberreizung. Der Beginn dieser Zustände ist oft äusserst schwer von der geistigen Mattigkeit, Zerstreutheit, Apathie zu unterscheiden, die aus einfacher Anämie entstehen können; leichtes Einschlafen der Extremitäten, Andeutungen von Muskelzuckungen können auch in letzteren Fällen vorhanden sein. Oft giebt erst die längere Beobachtung Aufschluss, und die Behandlung muss vorsichtig stärkend unter Fernhaltung alles Reizenden sein.

Anhang.

Der Schwachsinn.

§. 318.

Da der Begriff Schwachsinn von den verschiedenen Autoren und überhaupt in der medicinisch-technischen Sprache in mannigfaltiger Weise, was Art, Intensität, Umfang und Entwicklung betrifft, gebraucht wird, so möchte ich diesen Begriff genau, wie ich ihn in dem Buche angewendet wissen möchte, determiniren.

Ich verstehe unter Schwachsinn:

1) eine Abschwächung im logischen Denken,

2) eine Abschwächung in der Gefühlssphäre.

Was das erste anbetrifft, so finden wir Alogik in allen denjenigen Fällen, wo die Kranken in ihrer Denkfähigkeit schwer geschädigt sind, wie z. B. bei der Paralyse. Nicht nur dass bei diesen Kranken beim Aussprechen eines Gedankens keine Ueberlegung stattfindet, so wird auch aus dieser unklaren Vorstellung heraus nicht nur alogisch geschlossen, sondern sehr häufig stehen die Schlussfolgerungen in gar keiner rechten Beziehung zum Inhalte des Vordersatzes. („Ich bin ein Fürst von Amerika, darum regnet es heute.“) Eine derartige Form der Denkstörung ist natürlich schon eine ganz erhebliche. Im Gegensatze dazu zeigen die an einfachen Psychosen Erkrankten trotz falscher Prämisse doch die Fähigkeit folgerichtig zu schliessen. Wenn der Paranoiker auf Grund seiner gestörten Auffassung der Aussenwelt zu bemerken glaubt, dass seine Umgebung ihn mit unterdrückter, aber doch für ihn deutlich erkennbarer Unterwürfigkeit und Ehrfurcht behandelt, dass die ihm auf der Strasse Begegnenden ihm wie einer hochgestellten Persönlichkeit ausweichen und dabei ihn bedeutungsvoll ansehen, so ist das eine wahnhafte Umdeutung richtig beobachteter Zufälligkeiten. Dieses ist im Vergleich zu unserem correcten Denken ein Fehler, aber durchaus keine geistige Schwäche. Denn ebenso wie wir gesunde Menschen vermöge unserer intacten Naturanlage richtig unsere Umgebung und deren Aeusserungen auffassen, ebenso fasst der originär paranoisch Veranlagte ganz richtig von seinem Standpunkte aus auf. Es ist jetzt durchaus logisch, dass er aus der Art und Weise, wie ihm gegenüber sich seine Umgebung darstellt, schliesst, dass etwas Besonderes mit ihm vorgeht, dass er etwas vor seiner Umgebung voraus hat, dass er jedenfalls eine höhere Stellung eigentlich einnehmen muss, als ihm durch den Stand seiner „sogenannten Eltern“ angewiesen ist. Er kommt also durch weitere Beobachtung zu dem durchaus keine Alogik zeigenden Resultat, dass er ein Adoptivkind und aus hohem Stande ist.

Wenn der Dysthymiker zu dem Schluss gekommen ist, dass er seine ganze Familie in's Unglück gebracht hat, dass er nicht mehr werth sei, zu leben, dass ihm die schwersten Strafen bevorstehen, so ist das wiederum keine Alogik. Sondern aus seiner tiefen Depression heraus sucht er bei intactem Intellect für seinen Zustand, dessen ungewöhnlichen Druck er deutlich und bewusst fühlt, einen Grund, und wenn er einen derartigen gefunden hat, mag er auch noch so nichtig sein, so genügt ihm derselbe bei seiner hochgradigen Schwermuth, welche die harmlosesten Handlungen in den schwärzesten Farben und infolge dessen als sehr gravirend erscheinen lässt, für vollständig ausreichend, um die Ursache für seinen socialen Bankerott abzugeben.

Wenn schon diejenige Geistesverfassung, welche sich in Ideenarmuth, in langsamer Leitung, in geringer Combinationsfähigkeit und

beschränktem Associationsvermögen zeigt, als geistige Schwäche angesehen wird, so möchte ich dem nicht beistimmen. Es kommt ganz auf die Erziehung, auf die sociale Stellung des elterlichen Hauses, auf die Temperamentanlage, auf die Rasseneigenthümlichkeiten etc. an, ob ein Individuum schnell percipiren, associiren, appercipiren und combiniren kann. Der Landmann, welcher sein ganzes Leben auf dem Acker zubringt, dessen geistige Entwicklung nicht von der Hand eines Gebildeten geleitet worden ist, der sein ganzes Denkvermögen auf den einen Punkt, auf die Landwirthschaft, gerichtet hat, der nie Gelegenheit gehabt hat, mit Leuten, welche andere Interessen als die seinigen haben, in Wechselrede die gegenseitigen Meinungen auszutauschen, der wird auch im Leben nicht irgend welche Schnelligkeit der Combination erlangen, noch mit der Raschheit eines Grossstädters aus gebildeten Kreisen die Eindrücke der Aussenwelt percipiren etc. Deshalb ist ein derartiger Mann doch keineswegs im psychiatrischen Sinne schwachsinnig, sondern er hat eben die Fähigkeiten, die bei ihm, wie bei jedem geistig gesunden Menschen in der Veranlagung schlummern, auszubilden nicht Gelegenheit gehabt, und infolge dessen ist sein Auffassen und Denken langsam, schwerfällig und macht den Eindruck bei oberflächlicher Betrachtung der Urtheilsschwäche. Einen solchen Mann kann man aber nimmermehr für einen Schwachsinnigen halten, denn in dem, was er versteht, werden sich nie logische Fehler bemerkbar machen. Wenn man einen solchen Menschen gewöhnlich beschränkt nennt, so ist dies eine ungenaue Bezeichnung, denn das Wort „Beschränktheit“ (Bornirtheit) hat immer in unserem Sprachgebrauch den Nebenbegriff der Dämlichkeit, der Dummheit.

Als ein weiteres Beispiel dafür, dass Beschränktheit keinen Schwachsinn in sich begreift, kann man die Unfähigkeit vieler wissenschaftlich gebildeten Nichtjuristen anführen, denen es häufig begegnet, dass sie sich bei Unterhaltung mit Rechtsgelehrten die gröbsten Paralogieen zu Schulden kommen lassen; das juristische Denken muss, wie das mathematische Denken, eben erst gelernt werden. Daher kommt es denn auch, dass so viele durchaus nicht schwachsinnigen Menschen sich in ihren eigenen Rechtssachen über die Motivirung der ergangenen Urtheile der Gerichte wundern.

Eine Schwäche mehr nach der Seite des Strebens hin zeigt eine ganze Reihe von Menschen, welche durchaus im Stande sind, selbstständig in der Welt dazustehen, welche auch befähigt sind, gewisse schematische Obliegenheiten ohne Fehler auszuführen, die es aber nicht vermögen, eigene Geistesproducte aus einem vielleicht ziemlich reichen Schatz von Kenntnissen abzuleiten. Es zeigt sich die Schwäche bei ihnen nicht auf dem Gebiete der Logik, sondern mehr in dem Mangel

an scharfsinniger Auffassung äusserer Umstände. Diese Individuen haben durch irgend welchen Umstand (Potus, schwere constitutionelle Krankheiten, Neurasthenie auf der Basis sexueller Excesse, lange Unterbrechung des Studiums, kurz, durch einen ihren bisherigen Lebensgang tief alterirenden Vorgang) Einbusse an der Festigkeit ihres Charakters erlitten.

Die zweite Art des Schwachsinns zeigt sich theils in einer Abschwächung, theils in völligem Verluste des feinen Taktgefühls. Die Träger dieses, bei oberflächlicher Betrachtung kaum wahrzunehmenden Schwachsinns, kann man natürlich nicht in den niederen Ständen suchen, sondern nur dort, wo von Jugend auf die Kinder angehalten sind, auf den Inhalt und die Form der Redeweise, auf das Benehmen in der Gesellschaft zu achten. Kommen bei diesen, den höheren Schichten der Gesellschaft angehörenden Individuen derartige Nonchalancen bei bis dahin tadelloser Aufführung vor, so muss man sich immer die Frage vorlegen, ob man es nicht mit den allerersten Anfängen der progressiven Paralyse zu thun hat. Der originär Schwachsinnige hat dagegen von Anfang an nicht die Fähigkeit besessen, das gesellschaftliche Leben in seinen Aeusserungen nach ihrer Intensität, Wichtigkeit und Relation gegen einander fein abzuwägen. Wir finden derartige Individuen sehr häufig in der Künstlerwelt.

Was die Schwankungen in der Intensität und dem Umfang anbetrifft, so haben wir es mit sehr grossen Unterschieden zu thun. Von der nur in kleinen Zügen sich bemerkbar machenden geistigen Schwäche, welche sich in geringer Abschwächung des bei dem betreffenden Individuum vorauszusetzenden Taktgefühls äussert, bis zu den groben associativen und apperceptiven Störungen der durch cerebrale Leiden tief geschädigten Dementen ist ein grosser Raum, welcher ausgefüllt wird durch die verschiedensten Abstufungen der Beeinträchtigung in den geistigen Fähigkeiten. Die beiden gebräuchlichen Worte gelinde psychische Schwäche und blödsinniger Stupor stellen die Grenzen des weit ausgedehnten Feldes dar.

Was die Entwicklung des Schwachsinns anbetrifft, so hat man zunächst folgende Arten desselben zu unterscheiden: den angeborenen und den erworbenen, den bei Nichtpsychotischen und den bei Geisteskranken. Ueber den angeborenen Schwachsinn vergleiche man Biopathieen. Erworben wird Schwachsinn durch Trunk, Excesse aller Art, besonders geschlechtliche, und durch Geisteskrankheiten. Durch die deletäre Wirkung des Alkohols (cf. Alkoholismus in Intoxikationspsychosen) wird die geistige Potenz, wie bekannt, tief herabgesetzt, es kommt zu den bekannten Zuständen des Säuferwahnsinns. Bei nur einigermaassen langer Dauer des Missbrauchs treten dauernde Veränderungen in den

feineren intracerebralen Vorgängen ein, es leidet vor allen Dingen das ethische Gefühl. Nach Entwöhnung von dem Gifte beobachtet man in den meisten Fällen keine absolute Heilung (Heilung mit Defect), und zwar zeigt sich dieser Defect nicht nur auf ethischem Gebiete, sondern in der Etablirung eines mehr oder weniger ausgebildeten Schwachsinns, sowohl in dem logischen Denkvermögen wie in der Gefühlssphäre. Dasselbe gilt von den Excessen mannigfachster Art.

Der Schwachsinn, der sich auf dem Boden einer einsetzenden Psychose entwickelt, hat ein eigenes typisches Gepräge. Je nach der Form und der Art der Psychose wird auch der sich eventuell aus ihr entwickelnde Schwachsinn das Colorit des früheren Gemäldes nur in abgeblassten Farben zeigen.

ZWEITES CAPITEL.

Paraphrenia paralytica progressiva.

Classische Paralyse.

Litteratur.

Bayle: Rech. sur les maladies ment. Paris 1822 und Maladies du cerveau 1826 und Annales méd. psychol. 1855, VII. p. 409. — Delaye: Cons. sur une espèce de paralysie etc. Paris 1824. — Calmeil: De la paralysie etc. Paris 1826. — Duchek Prager Vierteljahrsschrift Bd. 29. 1851. p. 1. — Hoffmann: Günzburg's Zeitschrift Bd. I—VIII. 1850—1858. — Baillarger: Annal. méd.-psych. 1852—1859. — Falret: Rech. sur la folie paralytique. Paris 1853 und Archives gén. 1858. II. p. 200. — Joffe: Zeitschrift der K. K. Ges. der Aerzte zu Wien. Bd. XIII. 1857. p. 675. — L. Meyer: Annal. des Charité-Krankenhauses VIII. 2. 1858. p. 44. — Erlenmeyer: Die Gehirn-Atrophie der Erwachsenen. 3. Ausg. 1857. — Austin: A pract. acc. on general paralysis. London 1859. — Parchappe: De la folie paralytique. Paris 1859. — Turner: Bemerkungen über Harn und Temperatur bei allgemeiner Paralyse der Irren (Journal of mental science XXXV. 1889). — Raymond: Hystérie et syphilis. Paralysis psychique (Progr. méd. 1888. No. 14). — Lombroso: Sulla paralisi faciale della natura isterica (Le Sperimentale 1888). — Féré: On Paralysis by exhaustion (Brain 1888). — Rosenbiller: Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern. — Rosenthal: Aphasie und allgem. Paralyse der Irren. — Bullen: On a case of locomotor ataxia followed by general paralysis of the insane (Brain 1888, April). — Zacher: Ueber 3 Fälle von progressiver Paralyse mit Heerderkrankungen in der inneren Kapsel (Arch. für Psych. XIX. p. 726). — Mendel: Die progressive Paralyse der Irren 1880. — Tuczek: Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica 1884. — Fischl: Die progressive Paralyse. Eine histologische Studie (Zeitschr. f. Heilk. 1888. IX). — Erlitzki: Ueber Paralysis alcoholica. Congress in Petersburg 1889. — Anfimow: Ueber das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Geisteskranken, besonders bei Paralytikern. Congress in Petersburg 1889. — de Craene: Paralysie générale d'origine syphilitique, remission complète persistante (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1888 No. 50). — Marandon de Monthyel: Du Mal perforant dans la Paralysie générale progressive (L'Encephale 1888 No. 3). — Handford: Cases of general

paralysis of the insane (The Lancet 1888). — Buchholz: Zur Pathologie der Dementia paralytica mit Demonstrationen. — Suckling: Exhaustion-paralysis (The Lancet 1889). — Ziehen: Ueber eine frühe Störung der Sensibilität bei Dementia paralytica. — Cionini: Die Dicke der Rindensubstanz im Gehirn der Paralytiker (Rivista sperimentale XIII. 4). — Sgrosso: Augenaffectionen und Sehstörungen bei der allgemeinen Paralyse. — Ziehen: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis (Neurolog. Centralblatt 1887 No. 9). — Strümpell: Ueber die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis. — Francotte: Hemiatrophie congénitale de la langue. Paralysie spastique des extrémités inférieures 1888. — Schaffer: Ein Fall von Alkoholparalyse mit centralem Befunde. — Snell: Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1888. XLIV. H. 6). — Rumpf: Ueber Sensibilitätsstörungen und Ataxie. — Stephan: Zur Genese des Intentionstremors. — Tadden: Cerebrospinal meningitis; recognizing incipient congestion as the basis of treatment (The American Lancet Juni 1888). — Sinkler und Brusk: A case of general paresis of fourteen years standing (American journal of insanity. April 1889). — Neftel: Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migräne. — Da Costa: Handbuch der speciellen med. Diagnostik. Berlin 1883. — Wernicke: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Leipzig o. J. p. 536—564. — v. Krafft-Ebing: Dementia paralytica, Lehrbuch. 4. Aufl. p. 642—679. — Schüle: Die typische Paralyse, Klin. Psychiatrie. 3. Aufl. p. 341—401. — Arndt: Vesania paralytica progressiva, Lehrbuch der Psych. p. 466—508. — Savage-Knecht: Allgemeine Paralyse der Irren, Klin. Lehrbuch p. 330—418. — Kraepelin: Die Dementia paralytica, Psychiatrie. 2. Aufl. p. 445—489. — Salgó: Die paralytische Geistesstörung, Compend. p. 153—203. — Ascher: Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 46 H. 1 p. 1.

Einleitung und Differential-Diagnose.

§. 319.

Unter den mit schweren motorischen Nervensymptomen complicirten und aus verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten zusammengesetzten Störungen verdient die sogenannte allgemeine, classische Paralyse wegen ihrer Häufigkeit, der Eigenthümlichkeit ihres Verlaufs und ihrer höchst traurigen Prognose die meiste Aufmerksamkeit. Sie ist Anfangs vorwiegend von französischen Beobachtern (Bayle, Calmeil, Delaye u. A.) genauer studirt worden und hat bis heute die französischen Irrenärzte immer sehr lebhaft beschäftigt; mehrere deutsche Arbeiten der neueren Zeit haben aber sehr wesentliche Fortschritte in dieser Lehre gebracht (Mendel u. A. m.).

Diese Paralyse kommt niemals bei Geistesgesunden vor, d. h. sie beruht auf einer Gehirnkrankheit, welche immer schwer genug ist, um ein tieferes Irresein unter ihren Symptomen zu haben. Die psychische Störung tritt entweder gleichzeitig mit der Störung der Bewegung auf, oder — am häufigsten — jene besteht schon einige Zeit, ehe sich die ersten Spuren der Paralyse zeigen, oder — viel seltener — die paralytischen Erscheinungen gehen dem Irresein voraus.

Die Frage, ob diese Paralyse auch ohne Seelenstörung bei geistig ganz Gesunden vorkommen könne, ist seit der ersten Ausgabe dieser Schrift mehrfach discutirt. Gegenüber den Wenigen, welche sie bejahten (Réquin, Sauze, nur zum Theil Baillarger), war es übrigens nicht schwer nachzuweisen, dass die verschiedenen, ausgebreiteten, progressiven Lähmungszustände der Geistesgesunden ganz andere Zustände sind als diese specielle Form der Paralyse, und dass sich letztere auch von manchen anderen Lähmungszuständen neben geistiger Störung (z. B. von der Lähmung nach Apoplexie, aus Gehirntumoren) ganz wesentlich unterscheidet, ja dass nicht einmal jede allgemeine und progressive, zum Theil bis zur Paralyse gehende Muskelschwäche bei Geisteskranken oder geistig Geschwächten dieser speciellen Form angehört (so die Muskelschwäche, die den senilen Blödsinn oder den chronischen Alkoholismus begleitet, die zufällig complicirende progressive Spinallähmung Geisteskranker). Die progressive Muskelschwäche und das Irresein gehen bei dieser speciellen Form aus demselben Gehirnleiden hervor, und letzteres unterscheidet sich von den Gehirnaffectionen, welche den sonstigen Seelenstörungen zu Grunde liegen, nach mehreren Richtungen hin so deutlich, dass es ganz begründet ist, es als eigene Form (paralytischer Blödsinn, Folie paralytique) zu bezeichnen.

Wir wollen im Folgenden nur jene Paralyse behandeln, welche man von jeher als die classische bezeichnet hat, und alle jene Affectionen des Centralnervensystems ausscheiden, welche in ihrem Endstadium dem Bilde der classischen Paralyse gleichen, und infolge davon sehr häufig, auf Grund unvollständiger anamnestischer Daten, obwohl sie in ihrer Entstehungsweise grundverschieden von den pathologisch-anatomischen Initialvorgängen der classischen Paralyse sind, doch als Paralysen endgültig bezeichnet werden.

Sehen wir zunächst, wie sich von der classischen Paralyse die Tabes unterscheidet. Beide Leiden sind ungemein chronisch in ihrem Verlaufe; in beiden finden wir Verlust oder wenigstens Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Action der Muskeln zu coordiniren. Bei der classischen Paralyse treten jedoch Tremor, Sprachstörungen und schwere psychische Erscheinungen dazu, und es besteht in den ersten Stadien immer noch eine gewisse Kraft in den unregelmässigen Muskelbewegungen, aber kein Schielen, keine Beeinträchtigung der Sehkraft, nicht die heftigen, der Tabes eigenthümlichen Schmerzen (Da Costa l. c. p. 65).

Ferner ist die Lähmung bei der classischen Paralyse nicht so vollständig, wie die Aufhebung jeder motorischen Function, welche nach Läsionen des oberen Theiles des Rückenmarkes, nach Bleivergiftungen oder infolge von Malaria oder Diphtherie auftritt. Das Eintreten der bedeutenden Intelligenzstörung liefert einen wichtigen Differentialpunkt, und zwar nicht nur zur Scheidung von den eben erwähnten allgemeinen Lähmungen, sondern auch von den zitternden Bewegungen des Greisenalters, von der progressiven Muskelatrophie und der chronischen Alkoholvergiftung, welche letztere freilich das Bild der Paralyse sehr täuschend vorspiegeln kann (ibid. p. 125).

Der Defect in der Articulation und der vorhandene Tremor der

Lippen können die Ursache einer Verwechslung mit multipler Sklerose oder mit Paralysis agitans sein. Die erstere Krankheit zeigt jedoch, bei behinderter, scandirender Sprache und grosser Hülflosigkeit mit Zittern bei Bewegungen, keine entschiedene psychische Verwirrung, einfach nur Geistesschwäche, und dann ist die Sklerose ein Leiden, welches selten bei Personen im Alter von über 40 Jahren angetroffen wird. Bei Paralysis agitans ist die Stimme nicht coordinatorisch, sondern nur in der Klangfarbe gestört. Bei der Defectuosität der Intelligenz in den Terminalstadien der Krankheit werden wir, trotz des starren, nichtssagenden Gesichtsausdrucks, durch die Rastlosigkeit der Bewegungen, durch den eigenthümlichen Gang und die besondere Haltung und durch das Aufhören des Zitterns im Schlafe zur Diagnose hingeleitet. Eine Verwechslung mit der Bulbär-Paralyse wird dadurch ausgeschlossen, dass bei dieser die Lähmungserscheinungen streng auf Lippen, Zunge und Schlund beschränkt sind (ibid. p. 126).

Flächenhaft ausgebreitete Tumoren, insbesondere der Frontal- und Centralwindungen, oder weniger ausgebreitete, gummöse Neubildungen, endlich atheromatöse Veränderungen der Arterien können unter Umständen das Bild der Paralyse vortäuschen; auch in diesen Fällen werden die anamnestischen Daten Klarheit in die Diagnose bringen.

Die classische Paralyse ist von vornherein eine psychomotorische Paralyse, d. h. eine grobe Störung der intellectuellen und motorischen Fähigkeiten. Die klinischen, nicht die pathologisch-anatomischen Beobachtungen — denn an verwerthbaren pathologisch-anatomischen Befunden in den Initialstadien der classischen Paralyse fehlt es fast vollständig — zeigen nun aber zwei Varianten in den ersten Stadien der Psychose; und zwar ist die eine, die häufigere Form von vornherein durch die grosse Demenz, welche sich in floriden Grössenideen und absoluter Kritiklosigkeit über den Ichverband äussert, charakterisirt; dabei können die motorischen Störungen relativ recht gering sein und lediglich in einer unbedeutenden halbseitigen Facialis-Parese, herabgesetzter Reactionsfähigkeit der Iris und etwa geringen coordinatorischen Sprachstörungen bestehen; ebenso wenig brauchen — was auch häufiger der Fall ist — Sinnestäuschungen in den Vordergrund zu treten. Aus diesem Grunde möchte ich diese Form als intellectuelle Variante der classischen Paralyse bezeichnen. Die zweite Art möchte ich motorisch-sensorische Variante der classischen Paralyse benennen. Ihr am meisten hervorstechendes Symptom sind schwere Störungen der Motilität und der sensorischen Functionen, während die eigentliche Demenz noch im Hinblick auf die schweren übrigen Affectionen relativ gering entwickelt ist. Infolge der abnormen Sensationen kommt es zu den irritirendsten Sinnesdelirien, welche so massenhaft auftreten, dass sie den ganzen Vor-

stellungskreis des Kranken erfüllen. Grössenideen werden fast nie in diesen Initialformen beobachtet.

Die Ansicht des Verfassers bestätigt in gewisser Hinsicht meine Deductionen: „Die ersten Symptome, mit denen sich dieses Gehirnleiden äussert, sind sehr oft die psychischen, d. h. man sieht die motorische Störung bei schon psychisch Gestörten eintreten; doch folgen in diesem Falle die ersten Muskelsymptome dem Eintritt der psychischen Störung gewöhnlich in kurzer Zeit, nach einigen Monaten, selbst nur nach wenigen Wochen nach. Dass es auch Fälle giebt, wo die ersten paralytischen Symptome vor der psychischen Störung auftreten, ist schon in der ersten Ausgabe dieser Schrift angegeben worden; Baillarger hat diese Art des Beginnens sehr lebhaft betont und in einer seiner Arbeiten sogar die Paralyse überhaupt für das primäre und Hauptsymptom der Krankheit, das Irresein mehr für secundär und accessorisch erklärt."

Aus diesen Betrachtungen möchte ich mit aller Reserve den Schluss zu ziehen wagen, dass in dem ersten Falle der pathologisch-anatomische, degenerative Vorgang im Stirnhirn, als dem Sitz der intellectuellen Functionen seinen Anfang nimmt, und erst durch die diffuse Ausbreitung nach den motorischen und sensorischen Centren hin die entsprechenden Störungen hervorruft, welche sich fast stets im weiteren Verlaufe der Krankheit zeigen. Umgekehrt, glaube ich, nimmt der Initialprocess der motorisch-sensorischen Paralyse seinen Ursprung entweder in der motorischen Region, den sensorischen Centren, oder der Process etablirt sich in den Gehirnnerven. Dass sich später Demenz entwickelt, glaube ich mit der consecutiven Erkrankung der grossen Associationsbahnen, welche die einzelnen Centren mit einander verbinden und damit eine Uebertragung der Affection von entfernteren Provinzen zu anderen ermöglichen, erklären zu dürfen. In späteren Entwicklungsphasen wird die Psychose stets das Bild der allgemeinen psychomotorischen Lähmung zeigen.

I. Pathologische Anatomie.

§. 320.

Die classische Paralyse kann man als chronische, progressive, parenchymatöse Encephalitis corticalis bezeichnen.[1]) Das Gehirn ist atrophisch, die Hirnventrikel sind erweitert, es besteht Hydrocephalus int. und ext., das Hirngewicht ist herabgesetzt, besonders das Gewicht der grossen Hemisphären, und von diesen wieder überwiegend das des Hirnmantels. Die Atrophie der Rindensubstanz überwiegt die der Marksubstanz. Oft ist auch eine deutliche Verfärbung der grauen Substanz zu erkennen und eine Consistenzzunahme im Bereich des Hirnmantels, die gleichmässig die graue und weisse Substanz betrifft. Die Veränderungen, welche den acuten Verlauf der Krankheit constituiren, sind fleckige und gesprenkelte Verfärbungen der Hirnrinde

[1]) Cf. Wernicke, l. c. p. 536—541.

in unregelmässiger Verbreitung. Oft sind an den verfärbten Stellen Anschwellungen der Rindensubstanz bemerkbar. Das fleckweise Auftreten hyperämischer Parthieen erstreckt sich bei langsamem Verlaufe allmählich auf die ganze Gehirnoberfläche. Die Pia mater ist meist mit der Hirnoberfläche auf grosse Strecken verwachsen. Nach der „Decortication" der Rindensubstanz bietet die zurückbleibende Oberfläche ein unebenes, fast körniges Aussehen. In seltneren Fällen ist die Pia nirgends adhärent, aber verdickt, resistenter, zeigt an ihrer freien Fläche vielfache milchige Trübungen und enthält in ihren Maschen reichliche Flüssigkeit. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass dieser Befund nur ein späteres Stadium des vorigen ist.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergiebt sich zweifellos ein Schwund der nervösen Bestandtheile. Denn 1) zeigt die Untersuchung von Windungsstücken, bei denen die graue Substanz eine starke Verschmälerung erlitten hat, in der Anordnung der Schichten der Gehirnrinde ein von dem normalen kaum abweichendes Bild. Also sind die nervösen Gebilde meistens in demselben Maasse untergegangen wie die zwischen ihnen befindliche gelatinöse Substanz; 2) weist das Vorkommen von Spinnenzellen in der Hirnrinde auf den Untergang der nervösen Gewebsbestandtheile hin; 3) die Markfasern im Inneren der grauen Rindensubstanz sind bei der progressiven Paralyse grösstentheils verschwunden; also kann man auch an dem Untergange von Ganglienzellen nicht zweifeln.

Primäre Atrophie resp. ein zur Atrophie führender Vorgang in den Ganglienzellen macht das eigentliche Wesen der Krankheit aus. Die Vermehrung der Spinnenzellen, Zunahme des interstitiellen Gewebes und andere Veränderungen sind nur secundärer Natur, theils nur Folgeerscheinungen des Untergangs der Ganglien, theils reactive Vorgänge gegen diese Schädlichkeit.

Als intercurrente Veränderungen in der Hirnrinde bei Paralytikern sind die besonders nach paralytischen oder epileptiformen Anfällen auftretenden Blutungen zu betrachten. Man findet sie immer auf die Umgebung der Ganglienzellen beschränkt. Eine Veränderung der Gefässe braucht dabei nicht vorhanden zu sein. Vielleicht ist dies der Vorgang, der zum Schwunde der Ganglienzellen führt, wahrscheinlicher ist, dass die Ganglienzellen aus ihrer Umgebung schon vorher gelockert sind, und die Blutung deswegen in der Nähe der Ganglienzellen stattfindet, weil hier ein leerer Raum vorhanden ist. Die melancholische Form zeigt cystoïde Form der Degeneration der Hirnrinde (stecknadelknopfgrosse Cysten) wahrscheinlich in Folge von Einschnürung weisser lymphatischer Stäbe, Bindegewebswucherung, welche von dem Gefässgewebe ausgeht. Körnchendegeneration der Seitenstränge ist eine Folge-

erscheinung der Rindenerkrankung. Noch häufiger sind die Hinterstränge des Rückenmarks von secundärer Degeneration ergriffen. Graue Degeneration des Rückenmarks und der Optici ist unter den Complicationen der häufigste Befund.

Terminal-Erscheinungen. Oedem der Pia und des Gehirns, Gefässerweiterungen der perivasculären Räume, Auswanderung von Blutkörperchen, Wucherung der Adventicia-Kerne, theils Neubildung, theils Obliteration der Gefässe. Die Processe an der Glia sind chronische Entzündungen, die zur Sklerose führen, Schwellung der Saftzellen, Wucherung im Linsenkerne, zuweilen auch in der Gegend des Facialiskernes und um die Oliven, theils von der Hirnrinde centralwärts, theils von dem sich verdickenden und mit Granulation bedeckten Ependym der Ventrikel peripherwärts in die Hirnmassen sich verbreitend. Die consecutiven Veränderungen an den Ganglien sind theils Reizvorgänge (Kernwucherungen), theils Degenerationsvorgänge (fettige, pigmentöse). Die Nervenröhren gehen durch körnigen Zerfall und amyloïde Degeneration zu Grunde. Das Rückenmark zeigt an Veränderungen graue Degeneration der Hinterstränge in ihrer ganzen Länge, am Goll'schen Strang am stärksten entwickelt, und chronische Myelitis des hinteren Abschnittes der Seitenstränge, Wucherungsprocesse des interstitiellen Bindegewebes ohne Atrophie der Nervenröhren.

Buchholz fand in sämmtlichen von ihm untersuchten Paralysen eine reichliche Neubildung von Gefässen durch Sprossenbildung von einem vorhandenen Gefässe aus. (Bouvier, Arnold). Am instructivsten zeigten sich Präparate, die nach Exner mit Osmiumsäure und Ammoniak resp. nur mit Osmiumsäure behandelt waren. An diesen liessen sich die Gefässsprossen, Protoplasmabogen und -Schlingen am leichtesten nachweisen. An den nach Fixirung in Müller'scher Flüssigkeit mit Carmin behandelten Präparaten lässt sich an den Stellen der Gefässe, an welchen es zur Entwicklung einer Gefässsprosse gekommen ist, eine Vermehrung der Endothelkerne nachweisen, und zwar findet sich regelmässig, so lange die Sprossen noch klein sind, an der Basis jener zeltförmigen dreieckigen Aufsätze ein Kern. Ihren Ausgang nehmen dabei derartige Gefässsprossen stets von den allerfeinsten Gefässen, eigentlichen Capillaren oder feinsten Arterien. An den Gefässen, die eine bereits deutlich von der Intima getrennte Adventicia haben, begleitet diese die Gefässsprosse, ohne von derselben durchbrochen zu werden, um dann in die Adventicia des entgegenwachsenden Protoplasmabogens oder des von der Sprosse erreichten Gefässes überzugehen.

Es sind bereits früher einzelne derartige Beobachtungen gemacht worden, so erwähnt unter Anderen Schüle, dass er einmal ein der-

artiges Gebilde erkannt habe, dessen Bedeutung er aber erst, nachdem er die Bouvier'schen Zeichnungen über Gefässneubildung gesehen habe, richtig gewürdigt hätte; später will er eine derartige Beobachtung nicht mehr gemacht haben. Ausserdem hat Mierzejewski (cit.) darauf hingewiesen, dass er im Gehirn von Paralytikern Veränderungen an den Gefässen gesehen habe, wie sie Golubieff in dem wachsenden Froschlarvenschwanz beobachtet hat.

Eine gewisse differential-diagnostische Schwierigkeit machen die bei der Paralyse wohl stets anzutreffenden Spinnenzellen mit ihren Ausläufern. Ueber den Ursprung dieser Zellen sind die Autoren nicht einig, doch wird von den meisten Beobachtern angenommen, dass sie sich aus weissen Blutkörperchen, nachdem dieselben aus dem Adventicialraum ausgewandert sind, entwickeln. Diese sollen dann einmal Lamellen der Adventiciascheide mit sich ziehen, dann aber auch selbstständig Sprossen treiben, so dass sie eine Gestalt annehmen, die durch ihre Aehnlichkeit mit Spinnen zur entsprechenden Benennung führte. Von einigen Forschern (Mendel) ist diesen Zellen die Fähigkeit, neue Gefässe durch Hohlwerden ihrer Fortsätze zu bilden, zugeschrieben worden; dieser Ansicht schliesst sich Buchholz nicht an.

In Betracht zu ziehen sind als Ursprungsstätte für jene Spinnenzellen, ausser den weissen Blutkörperchen, die schon normaliter in der Rinde enthaltenen vereinzelten Deiter'schen Zellen und vor Allem die Zellen innerhalb der Gefässwände. Diesen letzteren dürfte sogar ein sehr erheblicher Antheil an der Entwicklung jener Spinnenzellen zuzuschreiben sein, wenigstens liessen sich an den Kernen der Gefässwandungen deutliche Wucherungserscheinungen (Kerntheilungsfiguren) nachweisen. Mögen diese Zellen von den fixen vorgebildeten Deiter'schen Zellen, den Bestandtheilen der Gefässwandungen oder von den weissen Blutkörperchen abstammen, immer wäre ein Zusammenhang ihres Inneren mit der Lymphbahn des adventiciellen Raumes wahrscheinlich, da wir wohl überhaupt in diesen Gebilden nur Saftbahnen für die Lymphe zu erblicken haben, niemals jedoch mit dem noch durch das Endothelrohr der Intima abgeschlossenen eigentlichen Gefässlumen.

Was die Gestalt dieser Spinnenzellen anbetrifft, so finden sich hier jene vielfach abgebildeten Formen mit centralem Kern und einer Reihe mehr oder minder feine, Fortsätze, dann aber auch vielfach Gebilde, in denen der Kern deutlich excentrisch liegt, an einem Theile seiner Peripherie nur noch von einem minimalen Saume vor Protoplasma umgeben ist, während von seiner anderen Seite aus, neben einzelnen feinen, zwei bis drei, selten mehr derbere Fortsätze ausgehen. Diese letzteren sind es dannt die gewöhnlich mit den Adventicialscheiden eines oder mehrerer Gefässe in Verbinndung stehen und so eine gewisse Aehnlichkeit mit jenen vorher erwähnten Sprossen gewinnen. Immerhin jedoch macht sich der Unterschied bemerkbar, dass sie direc- mit dem Perithel resp. der Adventicialscheide und nicht mit den Zellen des Endothele in Verbindung stehen; dann aber ist auch ihr Aeusseres ein von dem jener Sprossen abweichendes. Wenn nun auch beide, sowohl die Sprossen, wie jene Fortsätze einähnliche dreieckige Basis besitzen, so ist doch die Contur dieser Fortsätze stets eine schärfere, prägnantere, gegen die Umgebung mehr abgesetzte, während sie selbs viel derber als jene erscheinen, wie sie dann überhaupt bereits einen mehr bindegewebigen Charakter angenommen haben. War aber schon die bisher wenig beachtet excentrische Lagerung des Kerns an den Spinnenzellen auffallend, so musste eine Ant zahl von Gebilden erst recht die Aufmerksamkeit auf sich lenken, indem diese genau das Bild jener Spinnenzellen wiedergeben, nur dass der Kern nicht mehr in directer Verbindung mit den vorher geschilderten Fortsätzen war.

II. Aetiologie.

§. 321.

Die Prädisposition zur Paralyse ist selten angeboren, hereditär (nur 15—20 %); meist ist sie erworben durch geistige und körperliche Ueberanstrengung, erschöpfende Krankheiten, Excesse, Tabes, ferner lang anhaltende tiefe Gemüthsbewegungen, calorische Schädlichkeiten, Trauma capitis, bei Weibern im Anschluss an gehäufte schwere Entbindungen, sowie im Klimakterium. Vorzugsweise werden die mittleren und höheren Klassen der Gesellschaft betroffen, besonders häufig Offiziere und Militärbeamte wegen der Excesse in venere et baccho und geistiger und körperlicher Ueberanstrengung; demnächst Geschäftsleute, denen die Sorgen des Berufs gefährlich werden. Häufig tritt sie bei ängstlichen, gewissenhaften Männern auf bei Ueberanspannung der geistigen, weniger der körperlichen Kräfte; meist trifft sie Männer auf der Höhe ihres Lebenszieles und unter diesen gerade die geistreichsten, befähigtsten und tüchtigsten.

Die Paralyse ist bei den Männern siebenmal häufiger als bei Frauen. Ziehen fand unter 1500 Kranken 100 männliche und 13 weibliche Paralytiker. (Arnaud (Klinische und statistische Betrachtungen über die allgem. Paralyse beim Manne. Ann. méd.-psych. 1888. July) berechnet das mittlere Alter für den Beginn der Paralyse auf 39,5 Jahre, während es Calmeil auf 44 Jahre bestimmte, so dass die Paralyse sich auf die jüngeren Altersclassen ausgebreitet hat, (bei 4 % trat die Erkrankung schon zwischen dem 26. und 30. Lebensjahre auf). Nach demselben Autor findet sich die Paralyse 4 mal so häufig in den grossen Städten als in der Provinz.

Die von Ziehen angestellten Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse ergaben, dass der Syphilisprocentsatz der männlichen Paralytiker zwischen 33—43 %, der der männlichen Nichtparalytiker zwischen 11½—13 %, der der paralytischen Frauen zwischen 30—46 % liegt. Bei der grösseren Zahl sind alle der Syphilis verdächtigen Fälle mitgezählt. Die Syphilis ist daher nicht die alleinige Ursache der Paralyse, aber sie verfrüht nach Ascher den Ausbruch und beschleunigt den Verlauf der Erkrankung. Unter jenen 100 männlichen Paralytikern liess sich nur fünfmal keine andere Ursache als Syphilis nachweisen. In 4 Fällen mit voraufgegangener Syphilis spielte Kopftrauma wahrscheinlich die Rolle der Gelegenheitsursache. Ein charakteristisches Merkmal für die syphilitischen Paralysen fand sich nicht. Wenn man, wie es häufig geschieht, die Lues als Ursache der Paralyse ansieht, so scheint es mir, dass die statistischen Berech-

nungen des procentualen Verhältnisses zwischen Lues und Paralyse auf Trugschlüssen beruhen; denn um sich ein einigermaassen richtiges Bild zu machen, muss man alle diejenigen Individuen mit in Betracht ziehen, welche Syphilis sich acquirirten und doch keine Paralysen bekamen!

III. Allgemeine Symptomatologie.

A. Allgemeine Prodromal-Symptome.

§. 322.

Den ersten erkennbaren Symptomen der Paralyse gehen Verdauungsbeschwerden, allgemeine Unlust, Abgeschlagenheit, Verdriesslichkeit, häufiger Kopfschmerz voraus. Später nehmen die Kephalalgieen zu, der Schlaf wird gestört, die Empfindung einer schweren Erkrankung tritt hinzu. Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Schwere des Kopfes, Schwerbesinnlichkeit stellt sich ein, die Empfindung der unzureichenden Kräfte und die gesteigerte Angst vor einer hereinbrechenden Krankheit treiben vielfach zum Selbstmorde. Im Anfange ähneln die Symptome sehr dem Bilde der Neurasthenie. Bisweilen treten spontan Stillstände des Krankheitsprocesses im Anfangsstadium ein. Die Remission dauert Monate bis ein oder zwei Jahre. Geht der Krankheitszustand völlig zurück, so muss man Zweifel in die Richtigkeit der Diagnose setzen. Nicht selten vermittelt ein apoplektiformer oder epileptiformer Anfall den Abschluss des Prodromalstadiums.

B. Gesammtbild und Verlauf der classischen Paralyse.

§. 323.

Man versteht unter Paralyse eine chronische Hirnkrankheit mit vasomotorischen, motorischen und psychischen Functionsstörungen, mit progressivem Verlaufe, durchschnittlich zwei- bis dreijähriger Dauer und immer tödtlichem Ausgange (v. Krafft-Ebing l. c. p. 642).

Der progressive Verlauf zeigt sich in der bald rascheren, bald langsameren Abnahme der körperlichen wie der geistigen Functionen. Die Paraphrenia paralytica durchläuft fast regelmässig die Zustandsformen der Melancholie, Manie, Tobsucht, des Grössen-, Kleinheits-, Verfolgungs-, hypochondrischen Delirs, des Stupors, bis schliesslich zur Demenz (cf. Einleitung 3. Buch). Die motorischen Störungen beginnen im Allgemeinen mit Oculomotorius- und Facialis-Lähmungen, bis es schliesslich zur vollständigen Coordinations-Insufficienz sämmtlicher willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln kommt. Diese allgemeinen, ziemlich gleichmässig fortschreitenden Lähmungsvorgänge werden zeitweilig von apoplektiformen und epileptiformen Anfällen unterbrochen.

Bei den vasomotorischen Störungen geht es auch progressiv vorwärts bis zur vollständigen Lähmung des ganzen Gefässsystems; infolge davon treten intercurrente Schwindel-, Congestiv- und Tobanfälle auf.

Je nach dem Orte, an welchem der entzündliche Vorgang einsetzt, beginnt die Psychose mit psychischen oder mit motorischen Störungen; die Veränderungen in der Gehirnrinde breiten sich allmählich aus. „Diese Entwicklungsperiode der Krankheit bis zur Höhe (Manie und Grössendelirium) und bis zur Vernichtung der socialen und psychischen Existenz-Bedingungen kann Jahre umfassen."

Im Beginn des Processes sind die Erscheinungen vieldeutig: geistige Erschöpfung, erschwerte geistige Leistung, rasch erlahmende Aufmerksamkeit, erschwerte Erinnerungsfähigkeit, reizbare Schwäche des Gemüths, Kopfdruck, Congestionen, melancholische Stimmung, Schwindel. Man muss immer an Paralyse denken, wenn bei Männern unmotivirt sich Depressionszustände einstellen. Die Aehnlichkeit der Symptomenbilder der Neurasthenie und Paralyse, bemerkt v. Krafft-Ebing (l. c. p. 644 f.) treffend, wird einerseits durch erhebliche Remissionen im Anfange, bei Erhaltensein der Gedächtnissleistung unterstützt, andererseits fehlen beim Neurastheniker selten hypochondrische Verstimmungen mit peinlicher Selbstbeobachtung; dadurch tritt eine Ueberschätzung der Beschwerden ein. Derselbe Autor legt einen Werth auf eigenthümliche Anfälle von Migräne, ausgezeichnet vor denen einer gewöhnlichen Hemikranie durch Flimmern, Skotome, Hemianopsie, heftigen Schläfeschmerz und Gefühl schmerzhafter Spannung im afficirten Auge. Ich möchte dem wohl beipflichten; man kann sehr häufig die Beobachtung machen, dass bei Menschen, die an Supraorbital- oder anderen Neuralgieen des Kopfes leiden, bei sehr heftigen Anfällen alles das eintritt, was obiger Autor anführt; natürlich sind Skotome und Hemianopsieen ausgenommen, obschon nach schweren Attaquen öfters schlechtes Sehen zur Perception kommt. Das wichtigste von Allem ist die vom Kranken unbemerkte Aenderung seiner eigenen Person bei erheblicher Trübung des Bewusstseins. Es entwickelt sich ein förmlicher geistiger Dämmerzustand, mit dessen Fortschreiten der Kranke sich der „massenhaften Störungen und Ausfälle, welche Intelligenz und Charakter erfahren, nicht mehr bewusst wird."

Diese Trübung des Bewusstseins zeigt sich in „zeitlicher und örtlicher Desorientirtheit," (Dislocation, Distermination), in Verstössen im gesellschaftlichen Leben (Salopperie der Toilette, Rauchen im Theater, Bedecken des Hauptes in der Kirche). Hand in Hand mit diesen Bewusstseinstrübungen bildet sich die Alogik weiter aus. Schon jetzt beobachtet die Umgebung des Kranken amnestische Erscheinungen, es werden die Eindrücke der Aussenwelt nicht mehr folgerichtig und exact appercipirt.

Alles geht in dem kranken Gehirne durch einander: „Verwechslung von Personen und Situationen, Erinnerungstäuschungen, Verwechslung von Geträumtem, Gelesenem und Gedachtem mit wirklich Erlebtem; die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit und zwar ganze Abschnitte derselben entschwinden sofort.“ (ibidem).

Savage (l. c. p. 343f.) betont die sittlichen, ethischen und ästhetischen Veränderungen: betrügerische Aneignung fremden Eigenthums, grobe Verstösse gegen gute Sitte und Sittlichkeit, Gesetz, sociale Stellung, Berufs- und Familienpflichten, Unmässigkeit im Trinken etc. In den Anfängen dieser Paraphrenie pflegt der Umgebung hauptsächlich die erhöhte Reizbarkeit aufzufallen. Kraepelin (l. c. p. 452) schildert diesen Zustand in classischer Weise folgendermaassen: Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, geräth bei den geringsten Anlässen in rasch vorübergehende, unmotivirt heftige Aufregung, in welcher er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wohl gar gelegentlich zu Thätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der anderen Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit und Torpidität gegenüber weiter reichenden Interessen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren logischen, ethischen und ästhetischen Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemüthlichen Beziehungen zur Umgebung und zur eigenen Familie weicht einer trägen Indolenz, die zu der sonstigen Reizbarkeit des Kranken in auffallendem Widerspruche steht. Zu lange bleibt oft der Kranke zum eigenen und seiner Untergebenen Schaden in seiner Stellung. Der geschätzte Beamte, der heute in der Irrenanstalt ankommt, war noch gestern im Amte. Ich kannte einen Stabsarzt, der noch acht Tage vor Internirung in einer Irrenanstalt, wo sich die Symptome der ausgebildeten Paralyse zeigten, noch ein Kreisersatzgeschäft leitete.

Ein wichtiges, in die Augen fallendes Symptom ist die Unfähigkeit zu dauernder und energischer Anspannung der Aufmerksamkeit. Der Kranke ist permanent abgespannt, jede geistige Anstrengung wird ihm schwer. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der nöthigen Schärfe auf, sein Bewusstsein trübt sich, er lebt wie im Traume oder in einem leichten Rausche. Diese geistige Benommenheit bildet oft schon ganz im Beginne der Erkrankung ein bedeutsames diagnostisches Merkmal. Später kann die Desorientirtheit, trotz anscheinender Besonnenheit, sogar den Eindruck eines epileptischen Dämmerungszustandes machen, bis dann schliesslich die Helligkeit des Bewusstseins bis auf den denkbar niedrigsten Grad herabsinkt. (Kraepelin l. c. p. 446).

„Neben diesen psychischen Symptomen können schon früh Heerderscheinungen im Sinne von temporärer, meist amnestischer, seltener

ataktischer Aphasie eintreten; dabei besteht eine grosse, dem Kranken selbst auffällige Ungeschicklichkeit der erlernten Anwendung der motorischen Apparate (Ausfall der Bewegungsanschauung)." Die Bewegungen der Hände werden unsicher und unbeholfen, der Gang strauchelnd und schwankend. Von jetzt ab tritt progressiv das ganze Heer der motorischen und vasomotorischen Lähmungssymptome auf. v. Krafft-Ebing (l. c. p. 646) fasst diese Symptome erschöpfend zusammen: Es kommt zu Myosis, Ungleichheit der Pupillen, ungleicher und wechselnder Innervation der Gesichtshälften, fibrillären Zuckungen der Zungenmuskulatur und Tremor der Lippen, wodurch die Sprache häsitirend verlangsamt, undeutlich, stammelnd wird. Dazu treten paralytische Beschwerden, tarder Puls, Intoleranz gegen Alkohol und gegen calorische Schädlichkeiten; vorübergehende Gefässlähmungen im Gebiete des Hals-Sympathikus veranlassen congestive Schwindel, gelegentliche Ohnmachten, Vertigo und selbst apoplektische Anfälle mit Stunden langer geistiger Verwirrtheit und Sprachstörung, welche, ebenso wie die Lähmungserscheinungen, infolge deren der Kranke nach einer Seite hinüberhängt, rasch zurückgehen können.

Auf dieser Höhe der Ausbildung der Symptome kann sich nun die Krankheit nach v. Krafft-Ebing (l. c. p. 647) in vierfacher Weise entwickeln: 1. Entweder bildet sich eine maniakalische Exaltation mit Grössenwahn und Tobsucht aus, nur gelegentlich durch längere oder kürzere Remissionen unterbrochen, oder 2. entwickelt sich ein depressives, hypochondrisches Bild, oder 3. tritt in ruhigem Verlauf progressiv die Demenz ein, oder 4. bildet sich eine mehr wechselnde Form aus.

Die letzten Stadien der Krankheit zeigen sich in folgendem Bilde: Die Stumpfheit und der Blödsinn des Kranken hat immer mehr zugenommen. Dislocationen, Disterminationen, unvollständiges Stammeln und Silbenquetschen illustriren die Schwere der Erkrankung; der Kranke vegetirt eigentlich nur noch, das psychische Leben ist vollständig erloschen. Die ganze motorische Sphäre ist insufficient: Gehen, Greifen, mit Absicht etwas Fassen ist infolge des Verlustes der Bewegungsanschauung unmöglich geworden. Durch Lähmung der Sphinkteren werden die Kranken unsauber; die Gefässlähmung hat ihre Höhe erreicht und giebt sich in lividen, kalten, ödematösen Extremitäten und abnorm geringer Eigenwärme zu erkennen. Alle Sinnesthätigkeiten sind nur noch Reflexacte temporärer Aufgeregtheit; Jactation, Verbigeration, Schlaflosigkeit und wiederholte apoplektiforme Anfälle machen das Bild immer trauriger. Das auf einer Reizung der Portio minor Trigemini beruhende Zähneknirschen ist im Endstadium constant, kommt aber auch im Anfange des Processes zur Beobachtung. Die neurotrophischen

Störungen bilden den Abschluss und führen trotz reichlicher Nahrungsaufnahme zur Abmagerung; die Fragilität der Knochen ruft leicht Fracturen hervor; es zeigen sich Othaematome, Nekrobiose (Decubitus) und durch Insufficienz der Epiglottis kommt es zu Schluckpneumonie, oder der Tod tritt durch Marasmus oder Convulsionen ein.

IV. Specielle Symptomatologie.

A. Psychische Symptome.

§. 324.

Die psychischen Symptome haben a) eine exaltativ-amönomanische, b) eine depressive, c) eine apathisch-stupide, d) eine combinirte Form (Paralysie à double forme). Gemeinsam ist allen Formen die Demenz. Diagnostisch und prognostisch unterscheiden sich diese Formen nicht von einander. Auch sind die pathologisch-anatomischen Befunde makroskopisch und mikroskopisch fast in allen Fällen die gleichen.

1. Die exaltativ-amönomanische, agitirte Form und Grössenwahnvorstellung (Monomanie des grandeurs avec paralysie) ist die häufigste und gleichsam die typische, classische Form der Paralyse. Von vornherein tritt die expansive Färbung der Stimmung und des Vorstellungsinhaltes in den Vordergrund. Die Prodromalerscheinungen der Depression sind häufig nur angedeutet; in einzelnen Fällen scheint die Paralyse wie ein Blitz aus völlig heiterem Himmel zu kommen. Die Kranken sind ganz besonnen, sehen aber ihre Person und Leistungsfähigkeit im rosigsten Lichte, neigen zu Renommistereien, die zuerst den Charakter des Wahrscheinlichen und Möglichen an sich tragen. Doch verwickelt sich der Kranke bei Wiederholungen in die schreiendsten Widersprüche und wird zornig erregt, wenn man ihn darauf aufmerksam machen will. Diese phantastische Urtheilslosigkeit bildet die Abgrenzung von den Zuständen der periodischen Manie.

Die Stimmung des Kranken ist constant heiter, bisweilen unterbrochen durch plötzlich hereinbrechende Weinerlichkeit. Vorherrschend ist ein stark gehobenes Selbstgefühl, sorglose Zuversicht, maasslose Grössenwahnvorstellungen nach allen Richtungen hin, die alle den unverkennbaren Stempel des Blödsinns tragen; die Macht der Grösse contrastirt stark mit dem Aeusseren des Kranken (Champagnerleitung von der Elbe bis zum Himmel, goldene Hosen, ein Vermögen von hunderttausend Millionen, Milliarden, Trilliarden, die Fingernägel sind vom Hausknecht des lieben Gottes vergoldet etc.); bei Frauen ist der Grössenwahn bescheidener (viele schöne Kleider, viele Strümpfe) zuweilen mit sexueller Färbung (schönste Kinder, lauter Zwillinge, Gebären alle Tage).

Ein Beweis für die unreflectirte (organische) Entstehung des Wahns ist der rasche Umschlag der expansiven in die depressive Phase. Mit der Euphorie wechseln depressive, hypochondrische und melancholische Vorstellungen zeitweise ab; auch Zeiten mit ausgeprägtem Krankheitsgefühl fehlen nicht. Durch Suggestivfragen und Animiren kann man den Kranken in wenigen Minuten zu einer Selbststeigerung seiner Ideen bis in's Ungeheuerliche bringen. Diesen Reichthum an phantastischen Ideen hat man wohl als „Brillantfeuerwerk" eines dem Erlöschen zueilenden Hirnlebens bezeichnet, während es nur ein ungezügeltes, kritikloses Spiel traumhafter Combinationen bedeutet. Daraus folgt Verschwendung etc., Conflicte mit der Umgebung und den Behörden. Es treten die schwersten Symptome von Demenz hervor: Unorientirtheit über Alter und Familie, Disterminationen (Unorientirtheit über Zeit); es fehlt dabei jedes Krankheitsbewusstsein.

Häufig sind leichte Aufregungszustände, die an gewisse Formen der periodischen Manie erinnern. Es kann das manische Stadium vorübergehend zur schweren maniakalischen Aufregung führen, darauf in ein Schwächestadium abfallen. Die Tobsuchtsanfälle der Paralytiker steigen meist plötzlich, unvermittelt rasch zur Höhe auf. Wiederholt im Verlaufe der Krankheit auftretend, kommen sie noch im Stadium finaler Demenz von mehrtägiger bis mehrwöchentlicher Dauer, mit grosser Heftigkeit unter Brüllen, Schreien, Kothessen, Salivation u. dergl. vor.

Diese exaltativ-amönomanische Form kann folgende Ausgänge haben: 1) Nach dem manischen Blödsinn folgt eine langsame Erholung, psychisch und motorisch (scheinbare Genesung), die Remissionen der Paralyse; oder 2) es folgt auf die Manie eine melancholische Phase, manchmal abwechselnd mit einander; oder 3) die manische Erregung dauert Jahre lang fort, und der Blödsinn rückt unter Nachschüben schrittweise in das Krankheitsbild ein. Nach den stets erneut eintretenden Anfällen (siehe unten §. 335f.) tritt fast jedes Mal eine Remission ein, doch bekundet auch jedes Mal die Zunahme der psychischen Defecte den unaufhaltsamen Fortschritt der Krankheit. Schliesslich bleibt nur noch blöder Optimismus übrig mit trümmerhaften Vorstellungen, mit triebartigen Handlungen ohne jedes psychische Gepräge, mit sinnlosem Vociferiren, oft complicirt mit apoplektiformen und epileptiformen Anfällen. Neben blödsinniger Apathie zeigt sich ab und zu ein Funken gemüthlicher Empfänglichkeit.

§. 324a.

Eine Unterform der agitirten Paralyse bildet die acute oder galoppirende Paralyse (v. Krafft-Ebing p. 662), Paralysie foudroyante. Sie nimmt in wenigen Wochen oder Monaten einen überaus raschen

Verlauf unter den Erscheinungen hochgradiger psychischer und nervöser Erregung. Sie schliesst sich meist an das Bild der agitirten Paralyse an, seltener geht derselben ein depressives Stadium voraus. Der Kranke wird vollkommen unbesinnlich, stösst nur unarticulirte Laute aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt alles wieder aus, lässt Koth und Urin unter sich und kommt in seiner Ernährung rapide herunter. Der Puls ist klein, die Temperatur erhöht (38—39°); apoplekti- und epileptiforme Anfälle, zeitweise soporöse Zustände treten ein; nach einigen Tagen oder Wochen werden die Bewegungen unsicher; die Mundhöhle wird trocken, mit dickem fuliginösen Belage bedeckt, diffuse Diarrhöen, kalte Schweisse, grosse Neigung zum Decubitus bewirken eine zunehmende Erschöpfung, bis unter diesen Erscheinungen neben vorübergehender Besonnenheit der Exitus letalis erfolgt. Dieses Krankheitsbild ist nicht mit dem Delirium acutum zusammenzuwerfen.

§. 325.

2. Die depressive Form der Paralyse ist charakterisirt durch depressive Verstimmung und Wahnideen. Sie ist seltener als die vorige. Man fasst darunter die Fälle zusammen, welche mit Hypochondrie beginnen und in Melancholie mit Nahrungsverweigerung übergehen. Die Diagnose wird oft erst durch einen paralytischen Anfall gesichert. Es besteht Krankheitsbewusstsein, das sich in ungeheuerlichen Klagen über den Gesundheitszustand und die Beschaffenheit des Körpers äussert.

In seltenen Fällen wechselt das Stadium der hypochondrischen Depression mit dem der maniakalischen Erregung ab. Die hypochondrischen Wahnvorstellungen beruhen auf abnormen Sensationen, sind als Hallucinationen zu betrachten und nehmen oft einen grotesken Charakter an. Die Kranken kommen sich kleiner, grösser oder gar dreieckig vor, Kopf und Zunge sind weg oder sehr klein, ihre Oeffnungen sind verstopft, sie haben seit Jahrtausenden keinen Stuhl mehr gelassen. Auch Verfolgungsideen, bisweilen durch Gehörstäuschungen veranlasst, können den Inhalt des Wahnes bilden. Es treten Anfälle namenloser Angst und Verzweiflung auf, meist aber ist die Stimmung eine ruhige. Allmählich wird der Inhalt der Wahnideen immer dürftiger und geht schliesslich ganz verloren in der monotonen Unempfindlichkeit des apathischen Blödsinns.

§. 326.

3. Die apathisch-stupide Form der Paralyse. In manchen Fällen entwickelt sich die Geistesschwäche ohne ein dazwischen liegendes Stadium der Aufregung oder der Niedergeschlagenheit. Die Kranken erscheinen andauernd apathisch und theilnahmlos. Die Beeinträchtigung

des Gedächtnisses ist besonders tiefgreifend und charakteristisch. Zuerst ist daran nur die unsichere und traumhafte Auffassung der äusseren Eindrücke Schuld; daher werden namentlich die Vorgänge der jüngsten Vergangenheit vergessen. Besonders geht die Möglichkeit einer zeitlichen Localisation sehr leicht verloren. Der Kranke hat keine Ahnung vom Zeitmaasse, er weiss weder Wochentag noch Datum (Distermination). Nach und nach geht auch die Kenntniss der fernen Vergangenheit verloren, am leichtesten Eigennamen, Zahlen und Daten. In einzelnen Fällen lassen sich neben der allgemeinen Abschwächung des Gedächtnisses auch einzelne Lücken in demselben constatiren. Der Defect der Erinnerung wird oft ausgefüllt durch die Phantasie. Träume, Gehörtes und Gelesenes werden als eigene Erlebnisse in die Vergangenheit zurückverlegt, ebenso rein phantastische Vorstellungen. Im Uebrigen ist diese Form durch progressiven, allgemeinen Kräfteverfall gekennzeichnet.

§. 327.

4. Paralysie à double forme. Nicht selten kommt eine förmliche Combination der exaltirten und depressiven Form vor. Ein solcher Kranker wird mit den Zeichen ausgesprochener Paralyse aufgenommen und verfällt dann, während die meisten übrigen, körperlichen Erscheinungen zurücktreten, in einen Zustand von melancholischer Verstimmung. Nachdem letztere eine Zeit bestanden hat, befestigt die ursprüngliche Auffassung ein frischer Ausbruch von Gewaltthätigkeiten und Grössenwahn, auf welchen abermals Melancholie folgen kann. Jeder Anfall lässt einige psychische Narben zurück, welche die Bedeutung der Krankheit kennzeichnen.

B. Somatische Symptome.

§. 328.

Der terminale Blödsinn der Paralytiker kann als eine Summation von Heerdsymptomen aller Rindenterritorien angesehen werden. Es ist aber die Intensität der Krankheit an verschiedenen Stellen eine verschiedene; daraus resultiren Heerdsymptome, die den intensiv erkrankten Stellen entsprechen. Eine deutliche zeitliche Aufeinanderfolge bei der Erkrankung der verschiedenen Rindenterritorien bleibt bewahrt, so dass man das Wandern des Processes an den Symptomen verfolgen kann. Selten entwickeln sich Heerdsymptome langsam progressiv, fast stets treten sie im Anschlusse an paralytische Anfälle auf. Der Kranke ist motorisch machtlos (er fällt um), die Sprache ist ein anarthritisches Lallen; es zeigen sich Versagen und Entzündungen der Blase, Katarrhe, Dysphagie, Ohrblutgeschwülste, Oedeme, ab und zu locale Paresen; die

Anästhesie führt zu groben Verletzungen, Decubitus; der Puls wird elend, die Temperatur sinkt. Der Kranke geht an Druckbrand, Pyämie, Pneumonie, Cystitis, Nephritis, bulbärer Schlinglähmung und Erstickung durch einen Bissen in einem epileptiformen Anfalle zu Grunde. (Wernicke l. c. p. 548.)

§. 329.

1. Die motorischen Krankheitserscheinungen. Die Zeit des Eintritts der motorischen Symptome in den ganzen paralytischen Symptomencomplex ist verschieden. Entweder gehen apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle allen Erscheinungen voraus, oder sie treten zu schon bestehenden psychischen Störungen hinzu, oder beide Erscheinungsgruppen beginnen gleichzeitig und laufen gleichzeitig ab (cf. §. 465).

a) Die psychomotorischen Störungen der Sprache, Stimme und Schrift sind für den Verlauf der Paralyse pathognomonisch am frühesten zu bemerken und zuerst nur psychische, später grob motorische Defecte. Die Störungen der Sprache sind theils durch Defect der Bewegungsanschauung hervorgerufen, theils articulatorische Störungen des Coordinationsapparates. Die Aenderung der Sprache besteht zuerst in einem Häsitiren, weil die Associationen sich nicht mehr so prompt einstellen, dann in einer Aenderung der Geschmeidigkeit und Geläufigkeit und dem Metall der Sprache (Lähmung des Hypoglossus, Facialis), ferner in Stockung der Articulation, Umsetzen und Ellipsen von Silben (Gedächtnissdefecte im Wortbilde), endlich in grob motorischer Schwerfälligkeit, Mitbewegungen der Lippen-, Gesichts- und Armmuskeln. Die Vocale und Consonanten werden umgemodelt, der Rhythmus der Rede gestört. Die Aphasie ist Anfangs eine rein amnestische, im Verlaufe gesellt sich ataktische und Paraphasie hinzu. Die articulatorische Störung beruht zum Theil auf Ataxia labialis (Mitbewegung, fibrillären Zuckungen im Orbicularis oris, Levator labii superioris et alae nasi, Levator menti, später auf Parese der Oberlippe). Die glosso-articulatorische Störung (Silbenstolpern) tritt besonders deutlich hervor, wenn man den Kranken vorlesen (vgl. §. 330, c. Lesestörungen) lässt: Verschlucken einzelner Silben, unvollständige Aussprache derselben, Wiederholen einer Silbe, oder Zusammenziehen mehrerer. Uebergänge zwischen Silbenstolpern und verwaschener Sprache kommen oft vor. In der Ruhe und Morgens sind die Sprachstörungen stärker, bei gesteigerter Aufregung ist die Sprache besser. Im weiteren Verlaufe des Processes beobachtet man Eintreten von Stammeln, Stottern, Lallen; schliesslich bildet sich eine gellende, meckernde Stimme, anarthritische Aphasie mit Zungenlähmung heraus, bis zur Sprachlosigkeit und Ersatz durch unarticulirte Laute. Nach stärkeren Anfällen von Convulsionen bleibt stets eine amnestische

Aphasie, eine Zunahme der Sprachstörungen zurück. In den Endstadien ist die Sprache gedehnt, verlangsamt; instinctiv spricht der Kranke feiner und innervirt energischer; zum Scandiren kommt es nicht, die Silben werden ungleich und unrichtig betont (v. Krafft-Ebing l. c. p. 656). Die Sprache hat oft den Charakter der choreatischen Aphasie angenommen (eine Deviation der Zunge oder Uvula von der Mittellinie ist von keiner diagnostischen Bedeutung).

Man muss sich die Broca'sche Windung von allerkleinsten Heerdchen in unregelmässiger Zerstreuung durchsetzt denken. Von den Ganglienzellen sind nur ein Theil intact, die anderen erkrankt (Wernicke l. c. p 594 s.). Complette Lähmungen treten bis zuletzt nicht auf, sondern nur hochgradige Paresen und Ataxieen. Statt dieses disseminirten Processes kann ein wirklicher Heerd gesetzt werden, wenn ein kleineres Rindengebiet eine dauernde Störung erleidet. So entsteht in einzelnen Fällen dauernde motorische Aphasie, oder eine Monoplegia brachialis, die sich bisweilen auch langsam progressiv entwickelt, bisweilen noch mit einer Monocontractur des Arms verbunden ist. Häufiger sind Hemiplegieen nach paralytischen Anfällen, die sich meist wieder ausgleichen. Eigenthümlich sind der Paralyse maniakalische Bewegungen, die zu den Heerdsymptomen gehören, weil sie sich auf ein bestimmtes motorisches Gebiet beschränken, so die maniakalische Form der Aphasie, maniakalisch, weil sie mit eintretender Beruhigung schwindet.

b) Coordinationsstörungen der mimischen und der Augen-Muskulatur verändern leicht die Mimik: Der Blick ist zuerst funkelnd, animirt, nachher matt und inhaltsleer (Divergenz der Augenachsen); oft besteht Paramimie (weinerlicher Ausdruck bei freudiger Erregung und umgekehrt); gegen Ende der Krankheit ist der Ausdruck harmlos und einfältig. Noch mehr wird die Mimik beeinträchtigt durch die motorischen Störungen; bisweilen besteht Ungleichheit der Gesichtshälften infolge von Differenz in der Innervation der beiden Nn. faciales: Die Stirnfurchen auf der einen Seite sind weniger ausgeprägt, die Naso-Labialfalte der einen Seite ist seichter, der Mundwinkel hängt; die Parese besteht schon früh, namentlich auf die Lippenmuskeln beschränkt, sie kommt ausgebreitet nur temporär nach apoplektischen und epileptischen Anfällen vor. Die Gesichtszüge werden schlaff (Verstreichen der Nasolabialfalten).

c) Die Gesichtsmuskeln zeigen häufig fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen. Die Lippenmuskeln zeigen bald fibrilläre, bald allgemeine Zuckungen. Das Zittern ist Morgens geringer und schwindet zeitweilig ganz. Ataktisches Zittern der Zunge beim Herausstrecken gilt oft als eins der ersten Symptome; zuerst zittert die Zunge beim Herausstrecken ruckweise unter ungeschickten Mitbewegungen; dann folgen fibrilläre Zuckungen; die Zunge verliert ihre Form, wird breiter, schlaffer; schliesslich tritt Parese mit Atrophie ein. Trotz früh entwickelter Sprachstörung sind die Muskeln der Zunge und der Lippen doch zu allen anderen Functionsleistungen brauchbar. Stimmbandparese

ist hier und da Anfangs-Symptom der Paralyse. Die Stimmmuskeln zeigen Ataxie und Parese: Die Stimme wird rauh, dumpf, belegt, bekommt einen meckernden Timbre, schnappt leicht beim Singen über, hat wechselnden Charakter. Das Schlucken ist erschwert, lange fortgesetztes, rhythmisches Zähneknirschen ist fast pathognomonisch (Reizung der Portio minor N. trigemini).

d) Die weiteren motorischen Affectionen sind nicht besonders charakteristisch. Die Bewegungsstörungen der Extremitäten sind cerebral und spinal bedingt: Tremor, Muskel-Insufficienzen, Ataxieen, Intentionszittern. α) Der Gang ist zuerst ataktisch; Compensationsbewegungen treten hinzu zum Zwecke der Gegenwirkung und Unterstützung. Die Beine schlürfen und werden stossweise vorwärts geschleudert (Affection der Hinterstränge — Romberg), zuweilen besteht exquisit tabischer Gang; der Rumpf ist flectirt oder extendirt. Endlich wird die Ataxie zur Parese und Paralyse, der Gang wird hölzern, scharrend, steif und spastisch (Affection der Seitenstränge) und, wegen der Mangelhaftigkeit der Bewegungsanschauung, unbeholfen und plump; es besteht Fussklonus, schliesslich werden die Kranken dauernd bettlägerig mit Contracturen. β) Ebenso sind die Bewegungen der Hand, zuerst besonders bei ausgestreckter Hand unsicher und zitternd, nachher ungeschickt und kraftlos, besonders beim Zugreifen und Knöpfen. Hier und da tritt Contractur oder Athetose einzelner Finger hinzu, secundäre Muskelatrophie aus aufgehobener Function, locale Muskelzuckungen. γ) Es besteht ferner im ganzen motorischen Apparat eine gesteigerte Neigung zur Ermüdung, das Unvermögen des Zusammenwirkens mehrerer Muskeln zu einer Dauerbewegung. Die motorische Insufficienz der Extremitäten zeigt sich darin, dass die obere oder untere Extremität der einen Seite rascher ermüdet als die der anderen. Die beobachteten Bewegungsstörungen haben mehr den Charakter der synergetischen Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit, als den der wirklichen Lähmung, selbst bis zu einem vorgeschrittenen Stadium der Paralyse.

Die Muskelaffection scheint von Anfang an eine sehr verbreitete, fast allgemeine, wenngleich noch sehr schwache zu sein; sie giebt sich eben in den Organen zuerst kund, deren Bewegungen am feinsten und präcisesten sein müssen; dies ist vor allem die Zunge beim Sprechen, und die erschwerte Sprache ist daher immer ein Grundzug im Bilde der Paralyse. Neben der Zunge werden gewöhnlich auch die Lippen unregelmässig bewegt, die Bildung der Labiallaute besonders erschwert (Duchek) und auch ausser dem Sprechen bemerkt man öfters ein leichtes krampfhaftes Muskelspiel um den Mund. In den oberen Extremitäten bemerkt man Anfangs noch ohne alle wahre Schwäche ein leichtes Zittern, welches die Bewegungen unregelmässig, unbeholfen und unfrei macht. In den unteren Extremitäten ist es Anfangs weniger ein Zittern, als ein unwillkürliches Herumwerfen, eine stossweise, nicht gehörig ausgemessene Bewegung der Beine beim Gehen; in dieser Zeit ist der Gang rasch, aber

noch viel später, wenn das Gehen schon wegen wahrer Schwäche ganz aufgehört hat, kann man sehr oft vorübergehende oder länger dauernde Steifheit in einzelnen Muskel-Gruppen der Beine wahrnehmen. Verf. hat zuerst auf diese Anfangs nicht sowohl paralytische als eher krampfhafte Natur der motorischen Störung aufmerksam gemacht (erste Ausgabe p. 286); dieser Punkt ist seither vielfach bestätigt worden: vgl. besonders J. Falret, Arch. l. c. p. 202. Duchenne, De l'ataxie locomotrice, Archives 1859, p. 62.

e) Die Stamm- und Extremitäten-Muskulatur ist zuerst ataktisch nachher völlig gelähmt, es entstehen Störungen der Urinentleerung, Ischurie, Incontinenz. Meist fehlt den Muskeln der Tonus. α) Verschieden verhalten sich die Sehnenreflexe; zuerst gehen auf Grund der grauen Degeneration der Hinterstränge die tiefen Reflexe (Ocular-Pupillar-Reflexe) verloren, in späteren Stadien sind auch die anderen aufgehoben. Die Haut ist Anfangs blass, wachsfarben, später dick und fettig (wie gepulverter Speckstein). Bei Paralyse mit Seitenstrangsklerose kommen oft Capillarektasieen vor. β) Schon früh pathognomonisch sind die Störungen der Pupillen. Die Differenz der Pupillen und die trägere, manchmal ganz fehlende Reaction der Iris auf Lichteinfall sind als eigentliche Lähmungen zu betrachten. Die Pupillen können bei Paralyse mit Seitenstrangsklerose bis auf die Grösse eines Stecknadelknopfs verengt sein. Die Ungleichheit der Pupillen wechselt oft, in den späteren Stadien sind sie häufig erweitert; dabei besteht ungestörte Accomodation, andere Male umgekehrt. Bisweilen beobachtet man Myosis, locale, Oculomotoriusparesen und Parese des Abducens bei Complicationen. Die Gesichtshälfte, auf welcher die Reaction der Iris behindert ist, zeigt Innervationsstörungen. Anderer Art sind die Sehstörungen infolge von Complicationen der Paralyse mit Tabes. Es tritt das Bild der progressiven Sehnerven-Atrophie schon frühzeitig auf. Peripherische Lähmungen im Bereich des Oculomotorius und des Abducens sind meist als Theilerscheinungen der Tabes aufzufassen. Gummöse Erkrankungen besonders der Oculomotorii und der N. Faciales werden als Complicationen der Paralyse beobachtet.

§. 330.

2. Die sensorischen Störungen sind ebenfalls theils mehr disseminirt über grössere Bezirke verbreitet, theils, aber seltener, auf einzelne Gebiete beschränkt und zur vollständigen Aufhebung ihrer Functionen führend. So die selten andauernde sensorische Aphasie.

a) Bei Paralytikern kommt auch Seelenblindheit (Munk cit. b. Wernicke p. 552) vor. Die Störungen sind fleckweise disseminirt, in unregelmässiger Ausdehnung über das Gesichtsfeld verbreitet. Die höheren Grade von Seelenblindheit können später in totale Blindheit übergehen, wobei der Augenspiegelbefund normal ist. Häufiger bleibt

nach paralytischen Anfällen ein Zustand der Asymbolie zurück, d. h. ein Ausfall von Erinnerungsbildern im Gebiete des Gesichts-, Gehörs-, wahrscheinlich auch des Tastsinnes. Eine Folge dieses Umstandes ist das Symptom der Willenlosigkeit und Rathlosigkeit, was sich in den Gesichtszügen ausprägt. Dieser Zustand kann in einigen Wochen vorübergehen; dadurch unterscheidet er sich auch vom Zustande des terminalen Blödsinns, der ihm äusserlich ähnlich ist. Im Endstadium der Paralyse fungiren alle Sinnesorgane sehr stumpf, eine genaue Prüfung ist sehr schwer (ibidem).

b) Die Combination von progressiver Paralyse mit Aphasie kommt nicht sehr selten vor. Man kennt 5 Fälle (Mendel, Cullerre, Rosenthal). Bei sensorischer Aphasie, die vier Jahre bei einem Paralytiker bestand, fand sich ausser diffuser Meningitis eine Erweichung der zweiten bis dritten linken Stirnwindung; Wernicke fand bei totaler Aphasie eines Paralytischen einen Erweichungsheerd der Broca'schen und ersten Schläfewindung, Voisin oft Erweichungen der Insel.

In einem Fall (Rosenthal) von allgemeiner Paralyse, zu der sich infolge eines apoplektiformen Insultes Aphasie mit rechtsseitiger Hemiparese zugesellte, handelte es sich um sensorische Aphasie ohne Worttaubheit, die sich nach einem epileptischen Anfall steigerte. Vorgesprochene Worte konnte Pat. nachsprechen, selbst nachschreiben. Die aphasische Störung dauerte über ein Jahr. Die Section ergab eine Erweichung der linken Insel, des hinteren Endes der orbitalen Fläche der zweiten linken Stirnwindung, wie auch der Spitze des ersten Schläfelappens. Das Symptom der Aphasie ist in diesem Fall der Läsion der linken Insel, die tiefer als die anderen Theile lädirt war, zuzuschreiben, wie in ähnlichen Fällen von Aphasie bei Läsion der Insel von Meynert, Lezine und Voisin. (cit.). Die Läsion der Spitze des Schläfelappens ist geringfügig und kommt nicht in Betracht, zumal die erste und zweite Schläfewindung im Uebrigen unversehrt waren. Die rechtsseitige Hemiparese lässt sich durch Läsion des medianen Drittels der linken hinteren Centralwindung, wie auch des oberen Scheitelläppchens erklären.

Eine andere Beobachtung betrifft eine progressive Paralyse, deren hervorstechendes Symptom eine complette Aphasie mit Worttaubheit bildete; dieselbe bestand über ein Jahr. Die Sprache war unverständlich, bestand nur aus einigen undeutlichen Lauten, die Zunge zitterte stark. Als Ursache der Worttaubheit fand sich eine bedeutende Atrophie der linken ersten Schläfewindung, ausserdem eine Encephalo-Meningitis chronica diffusa nebst Atrophie der Stirnwindungen und capillären Blutungen in der Hirnrinde, die wohl mit aufgetretenen Krampfanfällen in Beziehung stehen.

Aus den angeführten Fällen folgt: Bei der allgemeinen Paralyse kommt meist die sensorische Aphasie mit oder ohne Worttaubheit vor. Die Fälle von Paralyse, in denen Sprachdefecte vorkommen, bilden in anatomischer Hinsicht Uebergangsformen von Heerd- zu diffusen Erkrankungen der Hirnoberfläche und können in Betreff der klinischen Form differential-diagnostische Schwierigkeiten abgeben, zumal da Aphasie vollen Blödsinn vortäuschen kann und infolge der secundären Entwicklung des anatomischen Processes denselben auch in der That verursacht. Es kann also Aphasie als Heerdsymptom sowohl Paralyse vermuthen lassen, wie auch deren Vorhandensein verdecken.

c) Lese- und Schriftstörungen. Durchaus Unverständliches kommt durch theils verstümmelte, theils neugemachte Worte statt des gedruckten Textes heraus, ohne dass die Kranken es merken. Es ist dies wegen des frühen Einsetzens der Störung diagnostisch wichtig. Von pathognomonischer Wichtigkeit für die Paralyse ist die von Salgó 1880 zuerst beschriebene Paralexia paralytica, die neben einer mechanischen Störung des Muskelapparates besteht, aber auch ohne dieselbe vorkommt. Die Störung besteht darin, dass einzelne Silben und Worte des Drucktextes in willkürlicher Weise verändert werden (cf. §. 329, a). Ganz ähnliche Störungen zeigt die Schrift. Der Kranke schreibt unsauber, in unregelmässigen Zügen, durch einander (Paragraphie), schliesslich kommt es zur Agraphie „wegen Rheumatismus in der Hand oder aus Mangel an einer Brille." Die Störungen der Schriftsprache (Demenz, Verlust der Erinnerungsbilder und Bewegungsanschauungen) treten früh als graphisch-mechanische (ataktische in Verbindung mit Zitterschrift) auf. Auch leidet der Inhalt durch Ausfall, unnöthiges Wiederholen, Auslassen, Umstellen oder Verwechseln der Buchstaben, Silben und Worte (amnestische oder ataktische Agraphie). Die Bewusstseinstrübung des Kranken verhindert das Innewerden der Störung. In den Endstadien hört überhaupt die Schreibfähigkeit auf (cf. Störungen der Schrift §. 138, 2 b).

§. 331.

3. Sensibilitätsstörungen treten erst im vorgeschrittenen Stadium der Paralyse auf in der Form einer zunehmenden Herabsetzung der Empfindlichkeit. Die Prüfung derselben ist der herrschenden Demenz wegen nur ungenau (cf. §§. 131 u. 132). Sensibilitätseindrücke werden schlecht localisirt, ungenau taxirt.

a) Die Reflexerregbarkeit ist bei einer gleichzeitigen spinalmeningitischen Affection erhöht. Und zwar sind in der Regel die Sehnenreflexe und die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur zuerst gesteigert, namentlich bei Kranken mit secundärer Seitenstrangsklerose, nachher herabgesetzt oder erloschen. Bei Paralyse mit gleichzeitiger Tabes dorsalis (aufsteigender Paralyse) treten gleiche Sensibilitätsstörungen wie bei der Tabes auf.

b) Anaesthesieen sind häufig, namentlich in den späteren Stadien, und an Ausdehnung oft wechselnd, auch auf Monate schwindend. Daher beschädigen sich die Kranken leicht unwissentlich. Manchmal ist die Berührungsempfindlichkeit erhalten und nur die Schmerzempfindlichkeit verloren gegangen. Da infolge dessen Gefahr der Selbstverstümmelung vorliegt, so ist sorgsamste Ueberwachung nöthig.

c) Für Paralyse specifisch ist der Verlust des Gedächtnisses für Localisation sensibler Eindrücke. Ein Nadelstich wird zwar mo-

mentan richtig localisirt, dagegen stellen sich auffallender Weise erhebliche Localisationsfehler ein, wenn zwischen Stich und Localisation eine Pause von 15 Secunden oder mehr liegt. Ziehen beobachtete in zwei Fällen einer beginnenden progressiven Paralyse, bei Abwesenheit weiterer sonstiger Sensibilitätsstörung, ein ungleiches Verhalten der beiden Körperseiten bezüglich des Sensibilitätsgedächtnisses. Derartiges hat sich niemals in irgend erheblichem Maasse bei einfachen functionellen Geistesstörungen gefunden, so dass der Befund in zweifelhaften Fällen diagnostisch den Ausschlag für Annahme einer Paralyse giebt; in späteren Stadien der Paralyse konnte man die Störung nie constatiren.

d) Prüfungen auf Druck- und Temperatursinn lieferten ganz ähnliche, aber nicht so constante Resultate. Ebenso wie die complicirteren motorischen Rindenfunctionen meist zuerst bei der progressiven Paralyse leiden, so betrifft auch die an sich sehr feine Störung der Sensibilität den Beginn der Paralyse.

§. 332.

4. Die vasomotorischen Störungen sind in erster Linie a) ein monokroter, tarder Puls; derselbe ist bisweilen von Anfang bis Ende auf 100 u. mehr erhöht, auch bei ruhigen, apathischen Kranken. Bisweilen ist eine constante Herabminderung auf 48 Pulsschläge beobachtet.

b) Zu den vasomotorischen Störungen gehören die chronischen und acuten Oedeme, die bisweilen rasch den Exitus als Hirn- oder Lungenoedeme herbeiführen. Oedeme im Gesicht und den Extremitäten treten ohne nachweisbare Ursache auf. Nicht selten kommen auch infolge allgemeiner Ernährungsstörung Haematome der Ohrmuschel vor (cf. §. 140, 2).

c) Während die Gefässparese langsam allgemein fortschreitet, zeigt sich oft halbseitige Gefässlähmung im Gebiete des Halssympathikus mit Schwielen und Schrammen oder eine Form von umschriebener Gefässlähmung der Haut (Meningitischer Fleck), daneben treten Anfälle von localer Temperaturerhöhung und von Schwäche in einer Körperhälfte auf. Im Endstadium kommt es infolge der Gefässlähmung zu Hyperämieen der Venen, der Blase, des Darmes, ferner zu Cyanose, und Oedemen der Haut und subnormaler Temperatur (v. Krafft-Ebing l. c. p. 659). Nach einem Anfall mit folgender halbseitiger, meist vorübergehender Lähmung zeigt sich Röthung des Ohres auf der betreffenden Gesichtshälfte, plötzliche Hals- und Gesichtserytheme, und in schnellem Wechsel beobachtet man eisige Kälte, profuse Schweisse der Extremitäten, tiefe sensorische Benommenheit, vasomotorische Krampf- und Lähmungszustände. Der Schlaf ist zuerst sehr gestört, in der Erregung ganz aufgehoben, gegen das Ende hin wieder besser.

§. 333.

5. Trophische Störungen. a) Anfangs ist der Appetit sehr herabgesetzt, später geht er in förmliche Gefrässigkeit über.

b) Das Körpergewicht sinkt im Beginne und auf der Höhe der Krankheit, bei der Beruhigung steigt es bis über die Norm; gegen das Ende hin sinkt die Körperfülle bis zum tiefsten Marasmus ab.

c) Die Knochen werden zuweilen auffällig brüchig; Fracturen des Femur, Infractionen der Rippen, der Clavicula nach geringen Traumen sind nicht selten, ebenso wie die Neigung zu schleichenden Entzündungen des Unterhautzellengewebes, zu Parasitieen, Abscessen und Quetschungen etc. Parenchymatöse Muscheldegeneration ist selten beobachtet.

d) Interessant sind die Blutaustritte und die Neigung zum Decubitus, welcher die penibelste Sauberkeit und Sachkenntniss erheischt. Das Vorkommen der Druckbrandwunden ist nach Anwendung von Chloralhydrat gegen die Schlaflosigkeit häufiger beobachtet worden, als wenn nicht Chloral gegeben wurde.

e) Der Urin zeigt Ueberschuss an Phosphaten, Abnahme an Chloriden, reichlichen Harnstoff, mässige Harnsäure.

§. 334.

Die Körpertemperatur ist selten beträchtlich erhöht. Im Allgemeinen verläuft die Paralyse als solche vollkommen fieberfrei. Nur nach cumulirten Krampfanfällen und 1—2 Tage vor dem Exitus steigt die Temperatur. Bei rasch eintretendem Kräfteverfall sinkt sie auf 24° neben subjectivem Wohlbefinden bis zum Exitus. Mittags und Abends ist die Temperatur etwas höher als die morgendliche. Temperatursteigerungen, durch Fülle des Darms und der Blase hervorgerufen, fehlen nach Entleerung dieser Theile. In der Agone kommt es zu einer Temperatursteigerung bis zu 43°, bis zu 40° in den Erregungszuständen oder als Begleiterscheinung excessiver, apoplekti- und epileptiformer Anfälle, 10—12 Stunden vor dem Insult und Stunden bis Tage nach demselben. Abnorm niedere Eigenwärme findet man bei hypochondrischen, tabischen und dementen Formen. In den Endstadien ist die Temperatur subnormal und zeigt an den beiden Körperhälften Unterschiede.

C. Die paralytischen Anfälle.

§. 335.

1. Die epileptiformen Anfälle gleichen denen der echten Epilepsie, sie treten ein mit plötzlichem Bewusstseinsverlust oder nach kurzer, vorhergegangener Turgescenz des Kopfes, Unruhe, sensorieller

Benommenheit. Häufig zeigen sie sich nur partiell, halbseitig, mit nicht völligem Bewusstseinsverlust; sie dauern selbst bis zu Tagen. Nach Eintritt der Bewusstlosigkeit kommt es zu klonischen und tonischen Krämpfen, bald allgemein, bald halbseitig, bald nur in einzelnen Muskelgruppen. Nachher sind die Kranken verwirrt, stuporös und unorientirt, auch kurze Zeit aphasisch. Im Anschluss daran entstehen entzündliche Affectionen der Lungen, katarrhalische und hypostatische Pneumonie, selten tetanoforme und hysteroëpileptische Insulte. Nach dem Anfalle sind die motorischen Störungen gesteigert. Die eventuellen Facialis-, Hypoglossus-Lähmungen und -Hemiparesen schwinden nach Stunden oder Tagen. Die Körpertemperatur ist selten beträchtlich erhöht, Albuminurie inconstant. Blase und Mastdarm sind häufig gelähmt, so dass es, wenn die Organe nicht künstlich entleert werden, zu Harnretentionen, Koprostase mit Pyelitis, Nephritis und Periproktitis kommen kann.

Die Psyche ist jedesmal verschlechtert, es bleibt eine geistige Narbe zurück, daneben aber herrscht oft allgemeine grössere Geschäftigkeit. Ich kannte einen Paralytiker, der nach jedem Anfall (und zwar waren dieselben stets sehr heftig) einige Tage besser sprach, geistig reger war und auch in seinem motorischen Apparate eine Besserung zeigte, indem er in der Abtheilung planlos herumlief, während er bis dahin die ganze übrige Zeit entweder im Bette lag oder ruhig auf einem Lehnstuhl sass und sich dauernd mit dem Zu- und Aufknöpfen seines Rockes beschäftigte. Nach einiger Zeit war diese Pseudo-Besserung verschwunden und hatte einer erheblichen Verschlechterung Platz gemacht. Durch häufige Wiederholung der Anfälle wird das Leben gefährdet. Die epileptischen und apoplektiformen Anfälle unterscheiden sich von den typischen durch schnelles Zurückgehen der Lähmung und durch gleichzeitige Erhöhung der Eigenwärme. Es können epileptiforme Anfälle auch ohne Convulsionen bei Paralytikern vorkommen; dafür treten nur Aufregungszustände mit einigen, dem psychisch-epileptischen Aequivalente eigenthümlichen Zügen ein.

§. 336.

2. Die paralytischen Anfälle können in allen Stadien der Krankheitsentwicklung auftreten. Die leichtesten Formen der paralytischen Anfälle bestehen in rasch vorübergehendem Schwindel, häufig in kurzer Unfähigkeit zu sprechen oder in Anstossen der Zunge, seltener sind sie von leichten Hemiparesen begleitet.

Symptomatisch besonders wichtig sind die paralytischen Convulsionen, welche Schüle (l. c. p. 353) nach ihren Symptomen und ihrer verschiedenen cerebralen Entstehung in zwei Gruppen trennt. 1) Klonische Krämpfe in umschriebenen Muskelgebieten des Gesichts oder der

oberen Extremitäten mit Erhaltung des Bewusstseins; 2) allgemeine tonische und klonische Zuckungen mit völliger Aufhebung des Bewusstseins und in der Regel gesteigerter Reflexerregbarkeit.

Athmung und Puls ist frequent, die Temperatur erhöht, starke Schweissabsonderungen finden besonders im Gesicht statt. Ankündigende Vorboten sind: gesteigerte Unruhe, Benommenheit, Zähneknirschen, Congestionen. Als Nachsymptome erscheinen: Sopor mit partiellen Paresen resp. mono- und hemiplegische Paralysen oder manischer Zustand mit Zerstörungswuth und Gewaltthätigkeiten. Oft beobachtet man Zerbeissen der Zunge. Der Sitz der Anfälle im Gehirn ist die corticale Schicht, welche bei der zweiten Gruppe ausgedehnter afficirt ist. Die auslösenden Reize sind entweder peripherisch (Ueberfüllung der Blase, des Rectums, stärkeres Anfassen der Haut) oder central bedingt durch Stauung des lymphatischen Stoffwechsels im Gehirn.

Selten intercurriren apoplektiforme Anfälle, häufiger sind in späteren Stadien plötzliche Paresen oder Paralysen ohne Bewusstseins-Störungen; fast nie folgen Contracturen wie bei gewöhnlichen Apoplexieen nach. Die Ursachen dieser Insulte sind wohl in Störungen in der Vertheilung des Liquor cerebrospinalis (Druckschwankungen) zu suchen.

§. 337.

3. Kataleptische Erscheinungen kommen oft in der dem Anfalle folgenden Benommenheit vor; in einzelnen Fällen besteht Flexibilitas cerea längere Zeit. Das tetanische Verhalten der Gesammtmuskulatur, welches häufig als Terminalstadium die Paralyse abschliesst, entspricht einem hochgradigen Angstzustande des Patienten und ist nicht allein auf die motorische Sphäre beschränkt. Dieser Zustand im Verlaufe der Paralyse ist im Zusammenhange mit rasch ansteigendem Druck in der Schädelhöhle durch acuten oder subacuten internen Hydrocephalus gefunden worden.

D. Die Remissionen bei der Paralyse.

§. 338.

In vielen Fällen von Paralyse, welche mit der ungestümsten Tobsucht begannen, schwindet diese und macht einer Zeit des Stillstandes oder selbst des Rückganges der Krankheitsprocesse Platz, um in einem weiteren Stadium der Krankheit wieder zurückzukehren. Die Remissionen sind von verschiedener Dauer und selbst bis zu drei Jahren beobachtet worden, am häufigsten bei solchen Fällen, die mit Erscheinungen

acuter Manie einhergingen. Die Remissionen sind nie rein, ein oder das andere der körperlichen Symptome bleibt bestehen, z. B. kann das Zittern der Lippen und der Zunge sich verlieren, selten dagegen eine Ungleichheit der Pupillen, Grössenidee etc. Auch die psychische Persönlichkeit erscheint in intellectueller, gemüthlicher und charakterologischer Beziehung mehr oder minder beeinträchtigt.

Die circuläre Form der allgemeinen Paralyse ist eine Abart, bei welcher die, zwischen den sich wiederholenden Aufregungsstadien liegenden Remissionen durch eine der Aufregung naturgemäss entsprechende Abspannung gekennzeichnet sind.

V. Verlauf der Paralyse.

§. 339.

Der Verlauf ist chronisch und progressiv, die Dauer der Krankheit beträgt meist 3—4 Jahre, ist bei älteren Leuten länger und bei weiblichen Individuen langsamer und gesetzmässiger. Nach geistiger Erschöpfung und Trauma capitis zieht sich der Process länger hin als bei Excessen in venere et baccho. Jedoch zeigen viele Alkohol-Paralysen einen ziemlich protrahirten Verlauf. Ungünstig sind Fiebertemperaturen, Störungen der Schrift und der Bewegungen, frühe und gehäufte apoplektische Insulte; nach einigen Autoren ist in der hypochondrischen und dementen Form der Verlauf langsamer (v. Krafft-Ebing l. c. p. 662). — Der Exitus erfolgt entweder durch accidentelle somatische Krankheiten (Pneumonie, Pleuritis, Nephritis, Cystitis oder Erysipel), oder er wird plötzlich durch acutes Hirnoedem und accumulirte Anfälle von Bewusstlosigkeit herbeigeführt. Die Fälle „foudroyanter Paralyse“ verlaufen in Wochen bis Monaten tödtlich. Durch zweckmässige Behandlung und Vermeidung äusserer Schädlichkeiten, wie auch durch eintretende Remissionen, die bisweilen 1—3 Jahre dauern, kann der Verlauf der classischen Paralyse auf 6—8, selbst 10—14 Jahre protrahirt werden.

VI. Prognose.

§. 340.

Die Prognose der paralytischen Geistesstörung ist ungünstig. Eine Heilung ist nicht vollkommen ausgeschlossen, aber sehr selten. Einzelne Beispiele von Genesung oder wenigstens längerer, bedeutender Besserung — nie ohne dringende Gefahr der Recidive — sind bekannt geworden; Calmeil will 2, Bayle 6 Fälle der Art beobachtet haben; Flemming, Snell, Ferrus, Baillarger haben auch einzelne Heilungsfälle mitgetheilt. Es können Remissionen und selbst

Restitutionen bis auf geringe Pupillendifferenz oder Myosis und geringe psychische Schwäche eintreten; doch ist die Restitution von kurzer Dauer und beträgt höchstens 3 Jahre. Salgó stellte in einem von ihm beobachteten Falle, bei dem in mehreren Jahren kein Rückfall eingetreten war, eine schlechte Prognose. Aussicht auf Besserung bieten nur beginnende, niemals vorgeschrittene Fälle. Je früher die Krankheit erkannt wird, desto besser ist die Prognose. Bei schon bestehender Sprachstörung tritt nie Besserung ein. (Esquirol: L'embarras de la parole est un signe mortel). Nach Mendel und Baillarger tritt Remission oder Heilung fast nur bei der maniakalischen Form, fast nie bei der depressiven ein. Letztere führt auch schneller zum Exitus (cf. §. 334). Die Prognose des paralytischen Anfalls quoad vitam ist fast immer gut, doch markirt jeder Anfall einen Fortschritt der Krankheit.

§. 341.

Zwischen „Demence paralytique" und „Folie paralytique" diagnostisch und prognostisch zu unterscheiden, ist nach Baillarger falsch. Aehnlich der Paralyse in Erscheinungen und Verlauf ist die diffuse luetische Affection des Gehirns (Heubner). Aber die Lähmungen der Augenmuskeln, die man bei Hirnlues stets findet, beobachtet man bei Paralyse niemals. Ferner sind die Erscheinungen von luetischer Gehirnaffection oft halbseitig; dauernde halbseitige Lähmungserscheinungen sprechen gegen Paralyse. Die Lues cerebri zeigt nicht das Floride und den typisch progressiven Verlauf der Paralyse.

Nicht alle Fälle von Paralyse können auf Lues zurückgeführt werden, dagegen giebt es viele, in welchen geringe Spuren überstandener Syphilis nachweisbar sind. Wenn eine luetische Affection des Periosts und der Knochen, hartnäckige Exantheme, tiefe Substanzverluste, syphilitische Augenerkrankungen dem Ausbruch der Cerebralerkrankung voraufgingen oder gleichzeitig mit derselben bestehen, dann wird man eine specifische Grundlage der vorliegenden Gehirnaffection annehmen (cf. §. 321).

VII. Vorkommen und zunehmende Häufigkeit der Paralyse.

§. 342.

Was das Vorkommen der Paralyse anbetrifft, so ist dieselbe bei Männern siebenmal häufiger als bei Frauen. Beim männlichen Geschlecht werden mehr Verheirathete von der Paralyse befallen, beim weiblichen mehr Wittwen. Ihr Beginn fällt bei Männern selten vor das 30. und hinter das 60., am meisten vom 35. bis 55. Lebensjahr (cf. §. 321). Die Paralyse der Frauen fällt auf das 5. Decennium und

auf die ärmeren Klassen, im Gegensatz zu den Männern, welche mehr den höheren Gesellschaftskreisen angehören.

Es scheint festzustehen, dass das Auftreten der allgemeinen Paralyse mit zunehmender Civilisation und gesteigerter Geistesausbildung häufiger geworden ist. Ein anschauliches Bild davon giebt der Vergleich von den Zahlen der in der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim aufgenommenen Paralytiker mit der Zahl der aufgenommenen Geisteskranken:

1857—61: 7 %, 1862—66: 10,7 %, 1867—71: 9,3 %, 1872—76: 9 %, 1877—81: 10,9 %, 1882—86: 11,5 %.

VIII. Therapie.

§. 343.

Die Therapie, welche nur in den Anfangsstadien etwas fruchtet (also frühzeitige Diagnose!), hat im Prodromal-Stadium die Aufgabe, jede geistige Arbeit dem Kranken zu verbieten (Kjelberg, Leidesdorff, Ziehen u. A. sahen gute Erfolge der antisyphilitischen Kur, aber nur in den ersten Initialstadien). Anderer Ansicht ist W. Levinstein, welcher auf Grund von 33 von ihm beobachteten Fällen mit voraufgegangener Lues die Erfahrung machte, dass, trotzdem Alle gleich nach der Infection Schmierkur, Sublimatinjectionen, Jodkali, Schwitzkur etc. gebrauchten, dennoch der Ausbruch der Paralyse erfolgte. „Bei einer grossen Zahl der bereits psychisch Erkrankten wurden noch einmal energische Kurversuche gemacht, aber auch diese waren ohne Erfolg für den Fortgang der Krankheit. Nur 2 konnten von den 33 im Zustande der Remission die Anstalt verlassen; und diese Besserungen sind nicht auf Rechnung der Therapie zu bringen, da gerade sie für den Verlauf der Paralyse eigenthümlich sind. Trotzdem hat man aber die Verpflichtung, in jedem Falle von beginnendem Hirnleiden, sobald man weiss, dass Lues demselben vorausgegangen ist, eine diesbezügliche Therapie einzuleiten, ausgenommen dass bereits die Symptome der Dementia paralytica ausgeprägt oder über allen Zweifel erhaben sind." Der letzte Satz ist richtig; jedoch will es mir scheinen, als ob die eingreifenden Mercurialkuren, welche von fast allen Luetikern durchgemacht sind, eine Gefässalteration des Gehirns setzen, welche durch Hinzukommen geringer Noxen zur Paralyse führen kann.

Vollständige Enthaltung von Arbeit ist das Beste. Besuch von Kurorten, Wasserheilanstalten etc. ist schädlich. Gute Ernährung, reizlose, aber kräftige und reichliche Kost, gute Leibesöffnung, Abreibungen und Vollbäder, mässige Bewegung, Vermeidung von Excessen, Enthaltung von Kaffee, Thee und Alkohol ist nöthig. Diese Lebens-

weise ist Monate lang, selbst ein Jahr einzuhalten. Bei voller, florider Entwicklung der Paralyse ist eine hydrotherapeutische Behandlung schädlich (nasse Einwicklungen thaten in einigen Fällen gute Dienste), die elektrische unnütz und ohne Einfluss.

Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen sind Brom (nicht mehr als 2—3 g), wenig Bier und protrahirte laue Bäder zu empfehlen. Von Schlafmitteln, die womöglich zu vermeiden sind, ist Paraldehyd (6 g pro dosi) das beste. Gegen die Schlaflosigkeit, welche übrigens lange gut ertragen wird, ist Morphium oder Opium wirkungslos. Chloralhydrat wirkt nur die ersten Male, ist, länger gegeben, schädlich, da Oedeme und Dermatitiden entstehen, und Decubitus viel häufiger eintritt. Zu empfehlen, doch nicht immer von Erfolg, ist eine Mischung von Chloralhydrat 2,0 g und Morphium 0,02 g, desgleichen Paraldehyd 5—6 g pro dosi, Hyoscin. hydrochloricum (subcutan 0,001 g), Sulfonal (1—3 g).

Gegen die Schlinglähmungen ist Vorsicht bei der Ernährung und kräftige, flüssige Nahrung das Beste. Die anhaltende Erregung der Paralytiker erfordert Umsicht von Seiten der Umgebung. Der Decubitus ist nach chirurgischen Grundsätzen und mit Reinlichkeit zu behandeln. Eine genaue Controle bedürfen die regelmässigen Entleerungen der Blase. Bei der tiefen Bewusstseinsstörung des Kranken kommt es sehr häufig zu starker Urinretention, die Blase kann wie ein gravider Uterus bis zum Nabel reichen. Regelmässige Katheterisirung ist dringend geboten. Gegen die Krampfanfälle hilft eine Morphium-Injection oder ein Klysma mit 2—3 g Chloralhydrat. Im tetanisch-stuporösen Stadium ist wenig Hülfe möglich.

Anhang.

Die modificirten Paralysen (Cerebropathieen — Schüle).[1])

§. 344.

Wie a priori zu erwarten steht, können in Anbetracht, dass das paralytische Irresein zur wesentlichsten anatomischen Grundlage eine Hyperämie der Rinde des Vorderhirns und im ausgebildeten Zustande eine zur Rindenatrophie führende Periencephalo-Meningitis diffusa chronica hat, nicht allein psychische Störungen, sondern auch Meningitis, selbst Myelitis und andere ähnliche Processe in jene Krankheitsform ihren Ausgang nehmen. — Um daher den Symptomencomplex der Paralyse zu vervollständigen, erübrigt es noch einen kurzen Ueberblick

---

[1]) Cf. Klin. Psychiatrie l. c. p. 378 f.

über die von Schüle als Cerebropathieen oder modificirte Paralysen bezeichneten psychischen Krankheitsformen zu geben:

a) Meningo-Periencephalitis chronica et subacuta oder Encephalitis subacuta. Schüle versteht darunter eine Manie mit Grössenwahn und motorischen Störungen mit Uebergang in Blödsinn unter paralytischen Reizsymptomen. Die erste Einleitung ist oft so wie bei der classischen Paralyse: Schwindel und heftiges Kopfweh, grobe Gedächtnisslücken, starke Benommenheit, Verstösse gegen das Decorum, intellectuelle Zerstreutheit; heftige Congestionen, Scheu vor Sonnenhitze, Intoleranz gegen Alkohol. Die eventuell eintretende Grössenwahnperiode steigert sich rasch zu schweren Exaltationszuständen; es treten Bewegungsstörungen, tiefe Benommenheit, fragmentarer Grössenwahn (Besitz von Millionen — Kaiserwürde — Gold — Diamanten) auf; abwechselnd brechen Angstparoxysmen mit verzweifelten Angriffen hervor. Die Herzthätigkeit ist beschleunigt, der Kopf warm, oft besteht Erhöhung der Temperatur (39°). Nach Tagen oder Wochen tritt Nachlass der Symptome ein; jetzt etablirt sich Blödsinn mit zielloser Unruhe; die Störungen der Bewegungen und Sprache werden stärker; Zittern und Zuckungen in den Muskeln, epileptiforme Insulte, manische Erregungszustände und Stuporphasen wechseln mit einander ab; manchmal führt ein rascher Collaps zum Tode. Bei ruhigerem Verlaufe kommt es zu einem stetigen Einrücken in tieferen Blödsinn und in stärkere Lähmungen. Abmagerung, Diarrhöen oder intercurrente Krankheiten führen zum Tode.

Hierzu sind noch die Fälle von anhaltender maniakalischer Exaltation zu rechnen, in denen eine primäre blödsinnige Schwäche mit tobsüchtiger Aufregung und Verwirrung im Verein mit sinnlosem perversen, motorischen Gebahren die Symptome bilden. Die motorischen Störungen sind daneben ungleich schwächer, bis ein Anfall von allgemeinen Convulsionen über die tiefe Hirnkrankheit aufklärt. Der Anfall geht sofort letal aus oder er wiederholt sich Schlag auf Schlag. Die Krankheitsdauer beträgt 1—2 Jahre.

Die pathologische Anatomie ergiebt subacute Meningo-periencephalitis: Grauweisse Verdickung der Lepto-Meningen mit gelblichen Plaques (acuter Reizprocess und diffuse, lymphatische Durchtränkung), arterielle Injection der Meningen. Kommen die Fälle in der Erregungsphase zur Autopsie, so findet man oft eitrige Entzündungen der Hirnhäute. Mikroskopisch: Pralle Gefässfüllung, Ausweitung und Verstopfung der Lymphscheiden mit weissen und rothen Blutkörperchen, opake, verdickte Gefässwände mit vergrösserten Spinnenzellen. Stellenweise ist die Glia wie verwaschen und von den Gefässen durch Exsudationen abgedrängt. Zellenwucherungen finden sich an den Capillaren und hya-

line und fettige Degeneration; die Ganglien zeigen hier und da trübe Schwellung, später Schrumpfung und Zerfall (Mesch ed e's aufgeschwellte, erweichte und mit Fettkörnchen erfüllte Nervenzellen).

b) Complicirende Pachymeningitis. Sie erscheint klinisch sehr mannigfaltig je nach dem Sitze, der Ausbreitung und der Eintrittszeit der Dura-Erkrankung. Schüle unterscheidet zwei Typen:

1. Sie gleicht einer gewöhnlichen Paralyse, modificirt erst mit Auftreten eines Hämatom-Anfalles. Vergesslichkeit, geistige und gemüthliche Schwäche, eine blödsinnige Euphorie steht im Vordergrunde, dagegen fehlt der Grössenwahn oder ist nur oberflächlich angedeutet.

2. Sogleich im Beginn zeigt sich auffallende Stupidität, der Kranke ist geistig apathisch und schlummersüchtig; schon früh besteht allgemeines Zittern, gesteigerte Sehnenreflexe und Reflexerregbarkeit, ein stupider Halbschlaf, schwere Anarthrie, manische Aufregungen eines stumpfen Blödsinns, oft bedeutende Pulsverlangsamung, besonders nach den Hämatom-Insulten, Verengerung der Pupillen; wichtig ist die Stauungspapille, dieselbe ist meist einseitig!

Die pachymeningitischen Zufälle verlaufen als stupide Aufregung oder als apoplektisch-convulsive Insulte, oder beide Zustandsformen wechseln mit einander ab. Dazwischen treten vollständige Hemiplegieen auf. Der Weiterverlauf geht successive abwärts oder wird durch neue Insulte unterbrochen.

c) Primäre Hirnatrophie. 1. ohne entzündliche Reizerscheinungen: α) Melancholische und hypochondrische Verstimmung senilen Charakters. Es verursacht grosse Mühe, die Gedanken zu concentriren; Versagen des Gedächtnisses, rasche geistige Ermüdung, peinliches Gefühl einer totalen Aenderung, sensorielle und sensible Hyper-, Par- und Anästhesieen sind Hauptsymptome. Nach und nach zeigt sich Abnahme des Bewusstseins; die Stimmung wechselt, manchmal ist sie zerknirscht, gleichgültig, andere Male trotzig; der Kranke ist kopflos, verzagt. Langsamer geistiger und körperlicher Zerfall; der Tod tritt ein durch acut intercurrirende Pachymeningitis, Pneumonie oder Apoplexie. β) Hallucinatorischer Typus mit stupider Bewusststeinsstörung und tief depressiver Stimmung: (Hallucinatorische, primäre) Dementia mit organischem Charakter der psychischen Symptome, complicirt mit bleibenden motorischen Innervationsstörungen in Mimik und den intendirten Bewegungen. γ) Typus des primären chronischen Wahnsinns: Depression mit Angstexplosionen, Erschöpfungsphase mit Stupidität und tiefer Betäubtheit, definitiver Verfolgungswahn, fragmentare und gegensätzliche Krankeitsformen, Hyperästhesieen und partielles Zittern. δ) Primärer Blödsinn bei chronischer Ependymitis der Ventrikel und Hydrocephalus internus. Eine Amaurose geht Jahre lang voraus, dabei schreitet der Blödsinn immer weiter fort

und ebenso die motorischen Störungen bis zur vollständigen Paralyse. Zähneknirschen ist sehr häufig; in den höchsten Graden bestehen stupide Aufregungszustände.

2. mit entzündlichen intercurrenten Reizerscheinungen. Das Krankheitsbild ist sehr mannigfach. Die Psychose beginnt meist mit primärer Dementia, Melancholie; dazwischen treten Ohnmachten auf, Aphasieen oder Anfälle von heftiger Manie, dann echt paralytische motorische Störungen, nicht selten zeitweiliges Krankheitsbewusstsein. Echter Grössenwahn fehlt. Rascher Fortschritt zum Blödsinn, bedingt durch acute Cerebralzustände, bald fieberhafter Stupor, stupide Manie, Delirien und Pantophobie, bald Neuralgieen, locale Krämpfe, choreatische Bewegungen; auf motorischem Gebiete zeigt sich die Störung in umschriebenen Krämpfen und Lähmungen. Dabei besteht gesteigerte Reflexerregbarkeit der Haut und ungleiche Blutvertheilung; sehr wechselvolle Symptome im Allgemeinen und gegenüber der classischen Paralyse.

Anhang zu c). Hirnatrophie mit localen Erweichungsheerden oder Apoplexieen oder multiplen Sklerosen: Die Atrophie kann primär oder secundär zur Heerderkrankung stehen. Danach unterscheidet man: 1) primären Blödsinn mit progressiver Paralyse, intercurrenter Hemiplegie und Apoplexie. 2) Apoplexie mit secundärem Blödsinn. 3) Blödsinn mit allgemeiner, fortschreitender Lähmung, untermischt mit localen Paresen. 4) hallucinatorischen (magnetischen) Verfolgungswahn mit Allegorisirung der „rheumatischen“ Sensationen, progressiver Demenz und Parese. Zur Gruppe 1 und 2 gehört die atheromatöse Encephalitis, besonders die schwere Dementia senilis.

Die Prodrome von Symptomen eines diffusen Hirnreizzustandes sind verschieden nach Natur und Sitz der durch Atherose bedingten Circulationsstörung, untermischt mit Schwächesymptomen: Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unbehagen, Frostgefühlen, zuckendem gespannten Puls, enormer Vergesslichkeit, rascher, geistiger Ermüdung, Fehlern in der Schrift, weinerlichem Wesen bei grosser Empfindlichkeit. Diese acute Geistesstörung zeigt sich entweder als aufgeregte Melancholie mit Wahn und Hallucinationen in der Form einer übertreibenden Hypochondrie oder als eine primäre Dementia oder ein apoplektischer Anfall mit Hemiplegie. Der Blödsinn schreitet progressiv fort und ebenso die Lähmungen, neue Anfälle befördern die allmähliche Auflösung. Triebartige Angstzufälle mit motorischem Raptus treten auf in der Form von epileptoiden, apoplektischen, hemiplegischen, aphasischen Paroxysmen; es zeigen sich Anomalieen der Sensibilität. Ein neuer Schlaganfall oder intercurrente Krankheiten führen zum Tode, beim Hirntod oft Cheyne-Stockes'sche Athmung. Die Dauer beträgt meist

1—4 Jahre. Die Lähmungszustände sind verschieden, je nach dem Ueberwiegen von Hirnreizerscheinungen oder einfachem Hirnschwunde, Ort und Tiefe des apoplektischen Heerdes und der vitalen Leistungsfähigkeit des Gehirns. Mit dem Aufhören der apoplektischen Insulte kann auch Stillstand und relative Heilung der psychischen Schwäche eintreten.

d) Encephalitis mit disseminirten sklerotischen Heerden. Die Psychose äussert sich in krankhaft gesteigerter Reizbarkeit, Stimmungswechsel, grosser Weinerlichkeit, Gedächtnissschwäche, Delilirien, Hallucinationen, Verfolgungsangst, schwachsinniger Euphorie, albernem Grössenwahn, höchster Stupidität, localen Paresen, Steifheit, Intentionszittern, Zungenlähmung.

Unter Intentionstremor versteht man ein bei willkürlichen Bewegungen auftretendes Zittern, wobei die ursprüngliche Richtung der Bewegung nicht verlassen wird. Das Zittern ist an gemüthliche Erregungen gebunden, kann auf Augenblicke durch den Willen unterdrückt werden, nimmt aber bei Anstrengung grössere Excursionen an; in der Ruhelage und im Schlafe hört es ganz auf (Wernicke l. c. p. 434). Der Tremor tritt nur bei intendirten Bewegungen auf; dabei tritt aber die Coordinationsstörung in den Vordergrund. Die Patienten mit Cerebrospinalsklerose machen in mehrerer Hinsicht den Eindruck wie solche, deren Coordinationsvermögen verloren gegangen ist (nur ist die Coordinationsstörung von gröberer Art als bei Tabikern). Das Zittern tritt nur auf, wenn der Kranke eine willkürliche Bewegung von einer gewissen Ausdehnung macht; kleine Bewegungen jedoch können ohne Zittern ausgeführt werden, welche Erscheinung auch mit einer kleineren oder grösseren Inanspruchnahme des Coordinationsvermögens im Einklange steht. Wahrscheinlich ist ein krankhafter Process der Coordinationscentren der Grund für den Tremor bei intendirten Bewegungen (Stephan, Arch. f. Psych. XIX, H. 1).

Die unwillkürlichen Bewegungen und die Störungen, welche beim Vollführen intendirter Bewegungen auftreten, sind aus einander zu halten. Die unwillkürlichen Bewegungen treten auf Reizung der Pyramidenfaserung ein, gleich den spontanen Muskelzuckungen, die bei Erkrankung der Pyramidenbahnen aufzutreten pflegen. Die Störung bei intendirten Bewegungen ist abhängig von der Läsion der Coordinationscentren. Bestimmend ist dafür Reizung der Pyramidenbahnen in der Nähe des Sehhügels, in welchem die Coordinationscentren localisirt sind.

Natürlich können auch Störungen in den Bewegungen erscheinen, wenn die Coordinationscentren intact sind; es sind dann entweder die Bahnen für die Sensibilität oder die sensoriellen Bahnen getroffen. Jedoch sind die Bewegungsstörungen dann nicht Tremor, sondern z. B. bei Störung des Muskelsinnes in der Tabes wird, obgleich die Bewegungen in jeder einzelnen Phase gleichmässig sind, das Ziel im Allgemeinen verfehlt; beim Intentionstremor wird das Ziel der Bewegung erreicht, aber unter unregelmässigen Bewegungen.

Das Erscheinen von Intentionstremor bei multipler Sklerose ist demnach abhängig von centraler Localisation sklerotischer Heerde. Das Bestehen derartiger Heerde im Sehhügel veranlasst wahrscheinlich das Auftreten dieses Phänomens.

e) Progressiver Blödsinn mit Lähmung, bedingt durch Neubildungen im Gehirn. Mannigfaches Bild je nach Sitz, Grösse und Wachsthumsschnelligkeit des Tumors.

f) Complicirende Rückenmarkserkrankungen. Graue Degeneration der Hinterstränge, Lateralsklerose, fleckweise Degeneration der Hinter- und Seitenstränge, centrale Myelitis, Syringomyelie. Auch hier sind die Verhältnisse mannigfach; die tabischen Paralysen bilden am ehesten noch eine geschlossene Gruppe. Das Bild kann das einer Paralyse sein, zu der die Tabes-Symptome sich addiren, oder Tabes steht im Vordergrunde: Beginn mit Hypochondrie, Verfolgungswahn oder manischen Anfällen, progressiver Uebergang in Demenz.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Intellectuelle Variante der classischen Paralyse. Patient N., ca. 35 Jahre alt, Kaufmann, aus unbelasteter Familie, hatte sich vor einigen Jahren luetisch inficirt, die Behandlung war eine specifische gewesen. Am 9. October 1889 wurden die ersten Spuren der Krankheit als ungeheurer Grössenwahn, den Patient äusserte, bemerkt. Eine bestimmte Ursache konnte nicht eruirt werden.

Der Patient ist von kleiner Statur, 162 cm, Gewicht 59½ kg, gracilem Knochenbau, gering entwickelter Muskulatur, geringem Fettpolster, Haut schlaff, in Falten aufhebbar. Der Patient sieht mindestens 15 Jahre älter aus, als er in Wirklichkeit ist. Haare stark grau melirt, nur noch seitlich und in der Occipitalgegend vorhanden. Schädel brachycephal, in der Regio occipitalis asymmetrisch. Stirn mässig hoch. Gesicht mit Ausnahme einer rechtsseitigen Facialislähmung normal. Ohren normal ausgebildet, gut differenzirtes Ohrläppchen. Augen: Sklerae lateralwärts durch Blutextravasate geröthet, ebenso die oberen Lider und Regiones infraorbitales sugillirt und verfärbt infolge eines Falles mit dem Gesicht auf die Bettkante (apoplektischer Insult?). Schleimhäute normal geröthet. Zunge leicht belegt. Uvula in der Medianlinie. Zähne wenig defect. Die vegetativen Organe normal. Pupillen: Linke grösser als rechte. Iris auf beiden Augen ungleich breit, linke auf dem linken äusseren Ende breiter, rechte seitlich und unten breiter als oben. An beiden lateralen Cornealrändern, zwischen dem skleralen Bluterguss und der intacten Cornea ein schmaler grauer Streifen. Beide Sklerae an ihren nicht sugillirten Stellen ikterisch. Die rechte Sklera zeigt medianwärts eine dellenförmige Einsattelung. Absolute Pupillenstarre auf einfallendes Licht. Gesichtsfeld nicht beengt. Facialis rechts gelähmt, rechte Nasolabialfalte etwas weniger deutlich als linke. Lippen nicht symmetrisch geschlossen. Kinn etwas nach links gezogen. Rechter M. corrugator supercilii contrahirt. Idiomuskuläre Erregbarkeit gesteigert. Urin-, Speichel-, Schweisssecretion normal. Reflexe: Plantarreflex herabgesetzt. Kremasterreflex rechts deutlich, links nicht nachweisbar. Epigastriumreflex beiderseits ziemlich stark. Ankonäusreflex deutlich. Patellarreflex nicht gesteigert, erhalten. Achillessehnenreflex nicht gesteigert. Fussklonus nicht nachweisbar. Keine Spinalirritation. Druckpunkte nicht empfindlich. Keine irritable Testes. Pollutionen nicht bemerkt. Motilität: Keine Lähmungen, geringer Tremor der Zunge und Hände. Romberg'sches Zeichen nicht vorhanden. Gang nicht paralytisch. Sensibilität: Ueber dem ersten und oberhalb des linken Processus zygomaticus in der Richtung nach dem Haaransatz und zwischen dem lateralen Ende der rechten Augenbraue und dem Haaransatz wird spitz und scharf nicht unterschieden. Am übrigen Körper nirgends eine Abstumpfung der Berührungsempfindlichkeit zu constatiren. Localisationsvermögen intact, nur wenn nach einander berührte Punkte zu weit aus einander liegen, geringe Abweichungen. Grobe motorische Kraft erhalten. Ebenso Temperatursinn Stereognostische Perception, Muskelsinn, Geruchssinn, Gesichtssinn intact. Sprache sehr defect, häsitirend. Störung im articulatorischen Coordinationsapparat. Kraniotympanale Leitung erhalten.

In den vier Tagen, welche Patient noch bis zur Aufnahme in die Anstalt in der Heimath zubrachte, steigerte sich das maniakalische Stadium in Verbindung mit dem Grössenwahn. Patient kommt in Begleitung an, schon in der Stadt besuchte er mehrere Hôtels, um sie zu kaufen, wollte auf der Strasse jeden Menschen, den er sah, für seine grossen Unternehmungen engagiren. Auch in der Anstalt verspricht er 100 000 Mark und freie Station, wenn jemand ihn nach seinem Heimathsort brächte. Die Summen, die er besitzt, schenkt, noch zu verdienen hofft etc., bewegen sich in 100 000 Millionen, Milliarden, Trilliarden; er hält sich für ungemein stark, „colossal“ gesund, zeigt dabei seine dünnen Arme: „Ist das nicht wie von Eisen so stark?“ Patient besitzt alle Fähigkeiten der Welt, alle Talente, kennt Alles in Wirklichkeit. Dabei ist er nicht einmal fähig, die Karten richtig zu ordnen, richtig anzuschreiben, oder selbst die Billardpoints zu notiren. Zu irgend einer geistigen Beschäftigung gelangt Patient wegen der grossen Abschwächung seiner Intelligenz nicht, sondern entweder unterhält er sich in renommistischer Weise mit den anderen Herren, oder er geht mit aufgeschlagenen Hosen auf dem Corridor spazieren.

Er erzählt, was er alles braucht und kaufen will: Tausend Wagen, von denen jeder 1 Million Centner tragen kann, 1000 Millionen Spiritusfässer, jedes 100 000 l fassend, 1000 Velocipede; er spricht von 1000 Maurermeistern, 1 Million Arbeitern aus Amerika und England, denen er 10—15 Mark pro Tag zahlen will, er besitzt 6000 schwere Geldspinden, 300 000 Millionen diverser Wagen, 6 Millionen Tons Kohlen; die letzteren will er an arme Leute verkaufen, und zwar den Centner zu sechs Pfennig etc.; er renommirt, dass er Kaufmann durch und durch sei, und dass Alles genau gebucht werden solle. Ferner rühmt er in schwachsinniger Weise seinen vortrefflichen Körperzustand: „Sie glauben gar nicht wie normal mein Stuhlgang ist, dreimal täglich muss ich gehen, und Abends um 10 Uhr stehe ich noch einmal auf.“

Ueber seinen Verwandten, der ihn begleitet hat, beschwert er sich in einem sehr defecten Schreiben an seine Schwiegereltern: „Euer Sohn hat mich in Irrenhaus wo mit verrückten, mein Wunsch ist das Ihn der Vater für diese Niederträtig seine Strafe nicht angehen wird vor allen Dingen übergab ich Ihm den Staatsanwalt wegen mir in Gegenwart feinerer Leute verkaufen nicht den Mann der ist ja verrückt wenn ich gekauft so hat dieser Spitzze mir Reise weggenommen, einen Polizisten holten dann jedem mich aufgehalten und immer gesagt der Kerl ist ja verrückt ich wünsche es ihm und Werde beim noch Beschwerde hat dabei wollte ich das Offizierpatent verschaffen und 6 neue Anzüge schenken 1000 sollte er kriegen.“ In diesem Stile geht es weiter. Am Nachmittag, nachdem Patient den Brief geschrieben, war derselbe sehr unruhig, weinte, kam oft aus dem Zimmer gelaufen und wünschte, alle die Sachen zu bekommen, die er gekauft habe. Er bestellte beim Barbier 20 Dtzd. Rasirmesser, 10 Dtzd. Shlipse u. s. f., will einen der Anstaltsärzte zum Oberlandesrabbiner machen, ist aber auch zur Besorgung jeder anderen Stelle bereit, durch 300 000 Millionen kann er das erreichen.

Mitunter beobachtet man ein unruhiges, triebartiges Gebahren: Patient zieht sich oft aus, legt sich nasse Tücher auf den Kopf, geht viel umher, spricht viel, äussert sich immer widersprechender, bald ist er mit allem sehr zufrieden, bald bringt er Klagen über das Wärterpersonal vor. Hin und wieder, besonders gegen Abend, treten Gehörs-Hallucinationen auf, theils imperative („Sei stumm; wasche dir den Kopf“ etc.), mehr aber ängstlichen Inhalts: Pat. fürchtet, gehängt oder vergiftet zu werden, hört seinen Bruder um Hülfe schreien, räsonnirt auf die Bande, die hinter der Thür mit der Schlinge stände, um ihn gleich aufzuknüpfen, er wolle ihnen sechs Millionen geben, dann würden sie wohl zufrieden sein. Er wagt nicht, allein in sein Zimmer zu gehen, will überhaupt nicht mehr allein bleiben, fürchtet sich aber vor den Wärtern: er läuft umher, horcht an den Thüren. Patient musste in die schwere

Abtheilung verlegt werden und war hierfür sehr dankbar: „Hier fühle er sich geborgen und hier könne er auch ruhig essen, weil er die Speisen unvergiftet geniessen könne." Die Nacht war gut; am Morgen ist Pat. sehr freundlich, vertheilt Milliarden, will alle Herren engagiren, will Deutschland kaufen, unterhält lebhaft mit seinen Projecten die ganze Abtheilung; wegen der Ungeheuerlichkeit derselben bezweifeln selbst andere, schwere Paralytiker seine Pläne (eine Erscheinung, die man sehr häufig beobachten kann. Die Selbstkritik ist aufgehoben, dagegen bestehen immer noch Reste des Urtheilsvermögens über Andere). Die Geisteskräfte nehmen rapide ab, Pat. kann nicht mehr Scat spielen, verwechselt die Karten, behauptet mit griechischen Karten spielen zu können, wird beim Spiele grob, weil er Alles besser verstehen will. In der Nacht war er unruhig und wollte fort. Er hörte seinen Bruder, bat, dass man ihn nicht zu sehr strafe, lief unruhig auf und ab, sah bleich und verängstigt aus. Nach dem Essen wurde er besser; gegen Abend machte Pat. ein Tentamen suicidii mit seinem Hosenträger, fiel dabei mit dem linken Auge auf eine Bettpfoste, hatte eine Strangulationsmarke; die Stimmung war zufrieden, Pat. sah theilweise das „Verwerfliche" eines Selbstmordes ein. Von da an hat sich der psychische Zustand gebessert. Patient ist ruhig, folgsam, bescheiden. Unreinlichkeiten kommen nicht vor.

Patient ist bald darauf in einer anderen Anstalt gestorben.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Intellectuelle Variante der classischen Paralyse. Patient 34 Jahre alt, Arzt, aus unbelasteter Familie, Infection zweifelhaft. Beginn der Krankheit plötzlich. Patient wird in ziemlich erregtem Zustande in die Anstalt gebracht. Da er nicht sofort entlassen wird, so schlägt er plötzlich die Scheiben entzwei und will durch das Fenster in den Garten springen. Er ist ein grosser, stark gebauter Mann, Gesichtszüge bleich, Haut schlaff, in Falten aufhebbar, etwas häsitirende Sprache, linke Pupille kleiner als rechte, träge Reaction, sonst nichts Pathologisches zu finden. Patient verkennt total seine Umgebung, er hält die schwere Abtheilung für ein Hôtel, verlangt Bier und will dann zu seiner Braut. Gegen Abend ist er sehr laut, schlägt um sich, räumt das Bett aus, stösst mit den Laden gegen die Wand, tobt die ganze Nacht hindurch; den Tag darauf ist er ruhig, lacht über das Vorgefallene, ist dabei total verwirrt, frägt fortwährend „Wie?" Dabei bestehen die ungeheuerlichsten Grössenideen: Er sei ein ausgezeichneter Arzt, verstehe Alles, sei Graf, (eine halbe Stunde später) Fürst geworden, habe die höchsten Orden, besitze zwei Rittergüter, sei ein Bruder des Kaisers und sein Duzfreund. Patient will noch den Abend heirathen, will 3 Millionen geerbt haben, wartet auf seine Feldmarschallsuniform. „Heute Nachmittag werde ich meine Kaiserkrone aufsetzen, es ist die höchste Zeit." Seine Schwester sei auch Kaiserin. Er wiegt Millionen Centner, ist über 20 m gross, hat einen Magen wie die halbe Stube gross, kann 20 Millionen Liter trinken. Geht täglich 20 Millionen Stunden, fährt in vier Minuten 200 Kilometer, er hat 6000 Kinder, die schon bei ihrer Geburt sprechen konnten, „die Hälfte davon, 20 Mädchen, sind verheirathet, die andere Hälfte, 12 Knaben, leben noch." Er selbst sei 18 Jahre alt und werde jetzt 20.

Die enorme Abschwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses offenbart sich bei jeder Gelegenheit: einem Paralytiker, den er in einem Anfall sieht, empfiehlt er, stündlich 5,0 g Chloral und 1,0 g Morphium zu geben, dann sei es am Abend sicher gut; auf Befragen giebt er die Maximaldosis für Morphium auf 2,0 g an. In ganz schwachsinniger Weise sucht er aus der Anstalt zu entkommen: er reisst ein Fenster auf, hinter dem ein Gitter ist, steckt den Kopf durch dasselbe und meint, er sei schon ganz draussen, oder er sucht in zweck- und zielloser Weise nach einem Schlüssel, um die Thür aufzuschliessen. Charakteristisch sind zwei Briefe, der eine adressirt: An Ihre allerhöchste Majestät die allerhöchste Kaiserin von Deutschland und den ganzen

Kontinent in Berlin. Der zweite: An Sr. Majestät dem Kaiser von Polen und dem ganzen übrigen Kontinent Georg Ildefons I. in Warschau in Polen. Absender Allerhöchste Majestät Victor Hugo Wilhelm II. In letzterem findet sich folgender Passus: „Du bist ja jetzt Kaiser über den ganzen Kontinent und zwar über Deutschland, Polen, Russland, China, Indien, Belutschistan, Afganistan, Arabien, Palästina, Afrika, Australien, Amerika, Spanien, Portugal, Frankreich, über das ganze Meer mit seinen grossen und kleinen Inseln, über alles, was auf der ganzen Erdkugel lebt und webt, bist du Kaiser, Majestät und Herr." —

Beständig wartet Pat. auf seine Kaiseruniform, in strahlender Glückseligkeit vertheilt er für eine Cigarre die höchsten Würden. Er ist vollständig von unbegrenzten, überhand nehmenden Grössenideen erfüllt, zählt alles nur nach 1000 Millionen Millionen, seine Kinder haben alle Kaiser und Könige geheirathet, eine Tochter hat der Kaiser von China sogar, sein ältester Sohn, 25 Jahre alt, sei auch Kaiser etc. An seine Schwester schreibt er: An ihre Hoheit Frl. . . . . . . , Kaiserin Wilhelm III. Abs. Hugo II. Kaiser aller Kaiser aller Erdtheile; ebenso schreibt er an alle Herren der Abtheilung Zettel, ernennt sie zu Feldmarschällen, Unter-Kaisern, sein Pferd „Peter" zum Ministerpräsidenten. Dasselbe sei Haus hoch und laufe in $^1/_4$ Sekunde 100 Kilometer. Seine Schwester macht er zur Universalmutter aller Weltkinder. Dann geht er im Zimmer in aufgerichteter Haltung umher: „Sehe ich nicht imposant, königlich aus?"

Dabei besteht andauernd der Wahn, kurz vor seiner Verheirathung zu stehen (Patient war dabei gar nicht einmal verlobt, hatte sogar angeblich zu gar keiner Dame Beziehungen), wie besonders aus folgenden Briefen hervorgeht:

„d. 24. 4. 89. L. F.! Heute verlobe ich mich und heirathe in B. Mein Herz ist voll Freude, Mein Kopf voll von Lieb, ich küsse und herze sie, nimm sie darum ohne sie. (sic).

d. 23. 11. 89. Man nehme an, eine beglückende Frau sei glücklich und liebe sie ewig. Ich heirathe jetzt und zwar Frl. A. und zwar morgen schon. Ich bin glücklich und von Herzen. Komm nur schnell her und mache morgen Hochzeit.

Geehrter B! Mein Herz, es sucht das höchste Glück. Es kann nicht mehr zurück. Du bist die höchste aller Engel, die ich jetzt gekannt. Mein schönes Mädchen bleib mir treu. Auf der Hand trag ich Dich schon wie ein Kindchen froh und glücklich, denn ich bin ja Dein — ich brenne vor Ungeduld und fliege zu Dir, Schuld und frage mich nicht, ich habe Dich lieb Du meine Schwester und herzlichst Lieb. Victor.

Herzlichster Herr College! Wollen sie mich freundlichst für einige Zeit vertreten, ich muss fort, ich fahre nach Berlin. Seelig ist die Liebe, Sie regt die Nerven auf, Sie ruft hervor die Triebe mit furchtbarer Gewalt und es muss sein lieber Doktor, ich gehe fort von hier ich bitte kommen Sie zu mir, ich muss Sie sprechen und zwar bald. Dr. N.

d. 23. 11. 89. Mein Liebchen! Das Herz thut mir weh, dass ich dich lange warten lassen muss, wie wirst du unglücklich sein, dass ich so lange warten musste, hat Dir der College doch wirklich in Aussicht gestellt, dass ich womöglich noch bei ihm bleiben sollte, bis die Heilung vor sich gegangen, ich glaube, ich lasse Droschke holen und fahre so schnell, wie irgend möglich zu Dir, jetzt Herzlichen Gruss mit Sehnsucht Dein Dich herzlich grüssender Freund. Viel bald mehr ich bin Dein Victor.

d. 24. 11. 89. Meine Lieben! Ihr seid wohl schon grosse Gesellschaft bei sich immer, und sprecht über vieles, und viel über mich, den abwesenden! Kommt nur schnell alle, wie Ihr seid, dass ich Euch sehe und mit Euch sprechen kann. Lebt wohl und kommt bald. Euer glücklicher Ernst. Immer noch allein, die Herren be-

rathen sich immerwährend, ach Gott ach Gott mir ist unheimlich so ganz allein zu sein und nur zu warten und hoffen, ich werde mich hüten hier zu bleiben, das wenn, ich will Euch wiedersehen so schnell wie möglich. Victor."

Die geistige Schwäche steigerte sich von Tag zu Tag. Bald konnte Pat. nicht mehr an den einfachsten Spielen (Dame) etc. theilnehmen, es trat fast vollständige Amnesie ein, selbst für die entfernteren Zeiten, und absolute Kritiklosigkeit. Auch die somatischen Symptome nahmen an Intensität zu. Am 3. März 90 werden Morgens schüttelnde Bewegungen der rechten Hand, des rechten Arms und des Kopfes nebst etwas Zittern des Beines beobachtet, die linke Seite ist weniger betroffen. Das Bewusstsein ist erhalten, aber Patient schreckt auf, wenn man seinen Namen ruft. Die Anfälle wiederholten sich mehrere Male und hörten dann um ca. 10 Uhr ganz auf. (Benommenheit?) blieb zurück. Lähmungen sind nicht geblieben. Patient erholte sich in der nächsten Zeit körperlich wieder etwas, starb aber, total dement, während eines neuen Anfalls.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Atypische sensorisch-motorische Variante der allgemeinen Paralyse der Irren. Herr N., Verwaltungsbeamter, 47 Jahre alt, aus nicht belasteter Familie, war in seiner Jugend stets gesund, ohne besonders kräftig und abgehärtet zu sein, und entwickelte sich normal. Als Student soll er sich luetisch inficirt haben (linksseitiger Bubo), von dem, angeblich nach 15 Jahren, ein Recidiv auftrat. Er war geistig sehr gut beanlagt, ausserordentlich fleissig, musikalisch, von ruhigem Temperament, energischer Willensbeschaffenheit, etwas rechthaberisch, im Uebrigen gutmüthig und liebenswürdig im Verkehr, ohne ausgesprochene Idiosynkrasieen und Antipathieen.

Pat. lebte in guten Verhältnissen und glücklicher Ehe, führte eine geordnete Lebensweise und machte jährlich Erholungsreisen nach der Schweiz, Tyrol etc. Im Jahre 1886 wurde Patient einmal im Amte übergangen wegen persönlicher Beziehungen des jüngeren ihm vorgezogenen Beamten. Er sah darin eine unrichtige Würdigung seiner Verdienste und empfand darüber erheblichen Aerger. In der letzten Zeit, in den Jahren 1887—1888 war er sehr stark mit Arbeiten überhäuft, zu deren Erledigung er oft die Nachtzeit benutzte. Zwar strengte ihn dieses sehr an, jedoch konnte er nicht Zeit erübrigen, etwas für seine Erholung oder sein Vergnügen zu thun.

Anfang October 1888 fing er an, über Kopfschmerzen zu klagen, so dass er zu der Zeit sein eigenes Klavierspiel nicht ertragen konnte. Bald darauf bemerkte er, dass es mit seinen Arbeiten nicht mehr so flott ging, als früher, dass er mitunter 3—4 Stunden brauchte, um einen Satz richtig zu Ende zu bringen. Anfang Januar 1889 hatte er einen Bericht an das Ministerium zu machen; derselbe kam mit Randbemerkungen zurück, worüber sich Patient sehr beleidigt fühlte (es hatte sich bei dem Bericht mangelnde Reproductionstreue gezeigt). Gleichzeitig fiel es seinen Verwandten auf, dass er bei einem Toast auf einem Geburtstagsfeste stecken blieb, manche Worte nicht fand, sondern umschrieb und andere wählte. Auch zeigten sich jetzt Störungen der Schrift, Patient konnte kaum mehr die Feder halten, statt ordentlicher Buchstaben machte er nur Krähenfüsse, die er selbst nicht mehr lesen konnte. So ging es immer mehr bergab, die Gedächtnissschwäche nahm immer mehr zu. Patient zeigte Furcht, besonders Abends, glaubte das Haus nicht genügend sicher, sah vor dem Schlafengehen unter den Betten nach, ob sich kein Einbrecher dort versteckt hielte, schloss gegen seine Gewohnheit das Schlafzimmer zu, sprang einige Male von schweren Träumen geängstigt Morgens aus dem Bette, fiel erschöpft in die Arme seiner Frau und schlief dann noch einige Stunden (dies wiederholte sich vier Mal).

Patient wurde darauf am 10. Februar 1889 in ein Krankenhaus gebracht. Dort fing er an, sehr heftig zu hallucimiren, hörte Stimmen, die ihn bedrohten etc. Er ver-

barrikadirte daher seine Stube mit Tisch und Stühlen und sass, trotzdem ein Wärte ihm beständig beigegeben war, Tag und Nacht mit offenem Messer da. Gegen seine Familie wurde er vollständig gleichgiltig, desgleichen interessirten ihn die Vorgänge in der Aussenwelt absolut nicht: wenn seine Frau, die ihn ab und zu besuchte, ihm etwas vorlas, schlief er dabei ein; am liebsten beschäftigte er sich mit alten Bücherkatalogen.

Da die Hallucinationen sich steigerten und vornehmlich die Verfolgungsideen stärker hervortraten, wurde Pat. am 10. März 1889 einer Irrenanstalt übergeben.

Hier zeigte sich von somatischen Symptomen ein starker Tremor der Hände und der Zunge; das Zäpfchen ist etwas nach links abgewichen, der Unterkiefer wird beim Sprechen nach rechts gezogen, die linke Nasolabialfalte ist etwas flacher als die rechte. Im Uebrigen ist der Schädel und das Gesicht symmetrisch. Die Pupillen scheinen absolut starr zu sein, vasomotorische Nachröthungen sind gering, die vegetativen Organe gesund. Der Plantar-Reflex ist stark gesteigert, der Kremaster-Reflex erhalten, Patellar-Reflex nicht nachweisbar. Die idiomuskuläre Erregbarkeit ist erheblich gesteigert, die Berührungsempfindlichkeit gestört, die grobe motorische Kraft herabgesetzt. Die stereognostische Perception ist erhalten, ebenso die Schmerzempfindung. Puls voll, kräftig. Schlaf ziemlich gut.

Patient wurde zuerst in die sogenannte Uebergangsstation verlegt. Er hielt sich sehr zurückgezogen und zeigte auch volles Krankheitsbewusstsein. Er ass am allgemeinen Tische mit, hallucinirte aber sehr stark dabei, indem er seinen Namen rufen hörte. Seine Stimmung wechselte in den ersten Wochen je nach dem Auftreten und dem Inhalte der Sinnestäuschungen, welche stets einen Verfolgungscharakter zeigten. So sprach er von einer Partei, die sich in dem Krankenhause, in welchem er zuerst in Behandlung war, gegen ihn gebildet und ihn wegen seiner schlechten Lebensweise und seines wenig königstreuen Verhaltens angeschwärzt hätte; er sei beim Minister denuntiirt worden. Auch ein Verhältniss mit einem Mädchen bringt Pat. damit in Verbindung, aber ganz unklar und unverständlich. Auch hier fürchtet er, von den Wärtern überfallen und beraubt zu werden, und bietet ihnen daher Geschenke an, damit sie sein Leben schonen. Trotzdem konnten noch Spaziergänge und Ausfahrten stattfinden, auf denen Pat. sich von den vorübergehenden und ihm begegnenden Personen besonders beobachtet glaubte. Zum Delirium persecutionis gesellte sich noch Vergiftungswahn: Seine Bettwäsche sei mit besonderen Stoffen imprägnirt, das Essen sei vergiftet, im Kaffee sei Arsenik, im Trink- und Waschwasser seien giftige Substanzen, in seine Haare sei schädliches Streupulver geschüttet etc. Auch weigerte Pat. sich, Medicamente zu nehmen, aus Furcht vergiftet zu werden, und als ihm einmal ein Klystir gesetzt wurde, behauptete er, es hätte zwei Leitungen, die eine für Wasser, die andere für „sonstiges Zeug", das ihm gleichzeitig eingespritzt würde. Die Stimmen fingen an, dem ganzen Thun und Treiben des Kranken eine bestimmte Richtung zu geben. Er wurde sehr ängstlich, besonders gegen Abend, schrie um Hülfe, legte seinen Schirm auf das Bett, um sich zu vertheidigen, oder aber er zog sich die Decke über den Kopf, um nichts zu sehen und zu hören; dann wieder sprach er sehr leise und vertheidigte sich gegen die hallucinirten Anschuldigungen. Auch setzte er eine Vertheidigungsschrift gegen einen Herrn Z. auf, der ihn eines von dem letzteren begangenen Verbrechens (Mädchenschändung) bezichtigte. „Sein Todesurtheil sei schon gesprochen." Auf Grund abnormer Sensationen, Parästhesieen und Paralgieen wird Patient immer unruhiger und ängstlicher. In seinen Excrementen seien Maden, sein Hoden würde von Würmern zerfressen, ein Beweis dafür wären schleimige Abgänge beim Urinlassen, in seinem Penis, der mehrfach durchschnitten wäre, seien zwei Eisenstangen; während er von einem Schlaftrunk betäubt sei, würden durch seinen Hoden Bindfäden gezogen etc. Patient nimmt fortdauernd eine horchende Stellung ein, sein Blick ist fragend, der ganze

Gesichtsausdruck verstört, nur zeitweise und vereinzelt lässt Pat. sich auf andere Gedanken bringen; täglich will er aus der ihm feindlich gesonnenen Umgebung fort und bittet um Geld zur Abreise. Infolge der immer massenhafter auftretenden Sinnestäuschungen verübte Patient ein Tentamen Suicidii am 24. Mai 1889 (er stach sich mit einem Messer in die Gegend des ersten Trachealringes). Da sich das Taedium vitae immer mehr steigerte, und Patient sich im höchsten Grade selbstgefährlich zeigte (er versuchte auf die mannigfaltigste Weise ein Messer in die Hand zu bekommen), wurde er nach der sogenannten Beruhigungsstation verlegt. Wegen des Vergiftungswahns nimmt Patient nur unregelmässig und meist nur wenig Nahrung zu sich, er ist daher in seinem Ernährungszustand etwas heruntergekommen; dabei besteht eine erhebliche Ataxie der Extremitäten, Tremor in den oberen, häsitirende, undeutliche Sprache, infolge der Allegorisirung seiner gestörten Gemeingefühle sehr lebhafter Beeinträchtigungswahn.

Patient glaubt geblendet, entmannt zu sein (sexuelle Färbung der Delirien), sein Bauch und sein Penis werden aufgeschnitten, er werde ganz umgebracht; er hört seine Frau im Keller wimmern und stöhnen, spricht mit ihr, weint heftig: „Sie würde gemartert, geviertheilt, sein Schwager wäre auch im Keller“, er glaubt, dass ihm an seinem Vermögen Abbruch geschieht von Seiten des Directors der Anstalt, der ihn aller Möbel, aller Kleider etc. beraube. Es zeigt sich jetzt Personenverwechslung, hin und wieder, aber nur sehr selten, treten Grössenideen auf (er habe das grosse Loos gewonnen, sei im Besitz von 6 Millionen Thalern etc.). Dann tritt wieder sehr heftiger Verfolgungswahn ein, verbunden mit starker Aufregung. Patient glaubt sich von den Wärtern beobachtet: Durch Löcher in der Decke werde er beobachtet, und ihm Gyps in die Augen geworfen, auch sei ein Mikroskop aufgestellt, mit Spiegeln zum „um die Ecke Gucken, welches auch Schattenbilder mache.“

In dieser Weise wechselt der Zustand fortwährend: bald ist die Stimmung weinerlich, niedergeschlagen, bald heftig und aufgeregt, bald ängstlich und unruhig und mitunter wieder ganz ruhig, je nach der Art, der Menge und Mannigfaltigkeit der Hallucinationen. Die motorischen Störungen, Tremor der Zunge und Extremitäten, die Pupillendifferenz und die Starrheit der Pupillen nehmen an Intensität immer mehr zu. Die Ataxie ist schliesslich September 1889 so bedeutend geworden, dass Patient kein Wort mehr schreiben kann. Schwere demente Erscheinungen, wie in den vorhergehenden Krankengeschichten, sind nicht zu bemerken. Pat. konnte immer noch Schach, Dame und Domino spielen, sprach nie die bekannten Faseleien ohne Sinnverbindung; alle seine Handlungen waren vornehmlich durch Hallucinationen bedingt. Natürlich traten nach und nach auch Alogieen auf.

Pat. trat darauf in eine andere Anstalt über, und es sind mir seitdem keine Nachrichten über den weiteren Verlauf der Krankheit zugegangen.

Krankengeschichte 4. Eigene Beobachtung. Classische Paralyse mit Remissionen. Herr N., 32 Jahre alt, Kaufmann, unverheirathet, entstammt einer Familie, in der Geistes- und Nervenkrankheiten mehrmals vorgekommen sind. Zwei Brüder seiner Mutter starben in Irrenanstalten, seine Mutter soll eine Zeit lang an Krämpfen gelitten haben und zeigte von jeher einen mässigen Grad von Hysterie. Patient selbst hat in seiner Kindheit mehrere Infectionskrankheiten überstanden, ist sonst aber gesund gewesen. Auf dem Gymnasium, welches er mit dem Primanerzeugniss verliess, soll er gute Anlagen, aber wenig Fleiss gezeigt haben. Er wandte sich sodann dem kaufmännischen Berufe zu, in welchem er durch Eifer und gutes Verständniss sich die Zufriedenheit und das grösste Vertrauen seiner Prinzipale erwarb. Nach unglücklichen Börsen-Speculationen ging er nach Amerika, kehrte aber nach 2 Jahren nach X. zurück und liess sich daselbst wieder zu einem seine Mittel übersteigenden, leichtsinnigen und verschwenderischen Leben verleiten. Darauf ging

er zum zweiten Male nach Amerika und erwarb sich in X. eine gute und geachtete Stellung. 1883 gab er dieselbe wegen einer Erkrankung seines Vaters auf, trat zunächst in das väterliche Geschäft ein, welches in Bauspeculationen besteht, und begann im Frühjahr 1885 dann selbstständige Geschäfte. Er liess auf einem von ihm erworbenen Terrain unter seiner Aufsicht bauen, betrieb den Bau indess mit unnöthiger Unruhe und Hastigkeit, lebte und ernährte sich in sehr unregelmässiger Weise und zeigte vom August ab eine auffällige Verschlechterung seines Aussehens, magerte ab, wurde blass und war im höchsten Grade deprimirt. Er machte sich ungerechtfertigte Sorge darum, dass das Haus nicht rechtzeitig fertig gestellt würde, fürchtete, die nöthigen Baugelder nicht zu bekommen, äusserte, dass er an diesem Unternehmen zu Grunde gehen müsste, schlief schlecht, weinte viel und war zuletzt nicht mehr im Stande, seine Thätigkeit fortzusetzen. Indessen genügte eine Entlastung von jeder Berufsarbeit, sowie eine sehr sorgfältige körperliche Pflege, um ihn in etwa sechs Wochen scheinbar vollkommen wieder herzustellen. Er erlangte sogar ausser voller geistiger und gemüthlicher Zufriedenheit bald wieder ein blühendes Aussehen. Etwa im März 1886 bot sich ihm von Neuem die Gelegenheit zu neuen Unternehmungen, die Pat. mit grosser Energie ergriff. Seitdem machte sich aber an dem Kranken eine gesteigerte Erregbarkeit bemerkbar; er zeigte ein übermässiges Selbstvertrauen, sprach von seinem Unternehmen mehr und lebhafter als zweckmässig, war auffallend aufgeräumt und heiter, hoffte durch dasselbe „sehr reich" zu werden, machte seinen Verwandten splendide Geschenke etc. Er wurde schliesslich geradezu geschwätzig, sang und pfiff vor sich hin, war aber auch leicht zu Thränen gerührt, machte unnöthige Ausgaben, plante grosse Reisen, äusserte, dass er nach Absolvirung einer mehrwöchentlichen Kaltwasserkur verschiedene Universitäten besuchen und sich später als Professor niederlassen wollte. Eine auffällige Aenderung seines Charakters war nicht bemerkbar, er war von jeher rechthaberisch, zänkisch, aufbrausend, heftig gewesen und war es jetzt ebenso wie in früheren Jahren.

Am 29. April 1886 wurde er in die Irrenanstalt zu G. aufgenommen. Hier ergab sich eine geringe, aber constante Differenz der Pupillen: die rechte ist weiter als die linke und reagirt auf Lichtreiz schwächer. Die Accommodation ist beiderseits gut. Die rechte Gesichtshälfte zeigt eine leichte Erschlaffung, der rechte Mundwinkel steht etwas höher, die linke Backe ist mehr aufgeblasen, der rechte hintere Gaumenbogen steht etwas tiefer und hebt sich träger, die Zunge deviirt bald nach rechts, bald nach links ohne eigentlichen Tremor. Sprachstörungen sind nicht vorhanden, die Articulation ist leicht und sicher. Das Kniephänomen ist rechts minimal, links deutlich ausgeprägt. Die Motilität und Sensibilität der Arme und Beine ist im Allgemeinen intact. Herz, Lunge und Unterleibsorgane sind normal.

Die geistige Störung trägt im Wesentlichen Anfangs einen maniakalischen Charakter, verbunden mit schwachsinnigen Grössenideen. Pat. schreibt sehr viel Briefe, will abreisen, eine Geliebte von der Bahn abholen, erkundigt sich nach einem Koffer mit Schmucksachen, will zu einer Hochzeit fahren, prahlt mit seinen Reisen, seinen Kenntnissen und ist überhaupt sehr geschwätzig; er will mit jedem Mesmerismus treiben, er könne zaubern, auch hypnotisiren, und den Charakter jedes Menschen sowie auch seine Krankheit auf den ersten Blick erkennen. Er sei der neue Messias, der ewige Jude, der heilige St. Georg, die Verkörperung Gottes. Dabei stolzirt Pat. selbstbewusst einher, im Garten mit Cylinder, weisser Binde, ohne Weste, damit das Hemd die weisse Weste vertrete, mit weissen Handschuhen und eine Blume im Knopfloch.

Dann wieder drängt er auf seine Entlassung: Die Aerzte wüssten seinen Zustand nicht zu beurtheilen, das könne nur er selbst, er sei sich über seinen Zustand ganz klar und brauche keine Aerzte. Niemand habe das Recht ihn hier zurückzuhalten, hier

sei Alles Schwindel und Gemeinheit vom Direktor bis zum Wärter. Dabei steigert sich seine Erregung, Pat. schimpft laut, droht die Fenster einzuschlagen, belästigt die anderen Kranken und spricht augenscheinlich auf Grund von Hallucinationen, in der Weise, als ob er sich per Telephon mit Jemand unterhielte.

So ist Stimmung und Verhalten sehr wechselnd, bald heiter und ruhig, bald wieder erregt, gespannt und reizbar. Heute fröhlich Operetten-Melodien singend geht Pat. in seinem Zimmer umher, hält sich dabei für ein grosses Genie (er glaube, auf jedem Gebiet etwas Besonderes leisten zu können), und ist auch im Verkehr mit seiner Umgebung sowie bei grösseren Spaziergängen und Ausfahrten sehr nett und liebenswürdig; am anderen Tage wieder zeigt er sich mürrisch und verstimmt, hat tausend Wünsche und wird sehr ärgerlich, sobald ihm nur im Geringsten widersprochen wird. Dabei verfärbt er sich, zittert förmlich am ganzen Körper, beginnt eigenthümlich den Mund zu verziehen, stottert und zeigt erhebliche Sprachstörungen, welche jedoch bei einer ruhigen Unterhaltung gar nicht hervortreten. Von Krankheitsbewusstsein ist anscheinend keine Spur vorhanden.

Die Behandlung bestand im Wesentlichen in Bädern und in Verabreichung von Secale cornut. Morgens und Abends $^1/_2$ g.

Im August und September 1886 war das Verhalten des Patienten andauernd ein mehr ruhiges und freundliches, die Grössenideen waren fast ganz zurückgetreten, wenn auch ein leichter Grad von Schwachsinn nicht zu verkennen war, und so wurde derselbe von seinen Angehörigen am 22. September 1886 nach seiner Heimath abgeholt.

Die erwähnten motorischen Symptome bestanden unverändert fort. Pat. selbst war zuletzt etwas ängstlich, fühlte sich noch nicht ganz gesund und sprach sogar die Befürchtung aus, später noch einmal zu einem Besuch der Anstalt genöthigt zu sein. Die ersten Monate nach der Entlassung ging es im Ganzen recht gut. Dann stellte sich ein gewisses Unsicherheitsgefühl hinsichtlich seiner Krankheit ein, und öfters sagte Pat.: „Ihr wisst gar nicht, wie krank ich bin.“ Er wurde ängstlich, fürchtete sich, wenn andere, bekannte Menschen im Zimmer waren, lebte sehr zurückgezogen, sprach mit niemand und war schliesslich nicht mehr zu bewegen, seine Wohnung zu verlassen.

Patient wurde daher im Mai 1887 zur Erholung nach Blankenburg geschickt, doch musste er Ende Juni wegen zunehmender Verwirrtheit wieder nach Görlitz gebracht werden.

Er macht jetzt einen etwas benommenen Eindruck, liegt meist apathisch und theilnahmlos im Bett, spricht sehr wenig, antwortet kaum auf Fragen und vermag sich nicht zu besinnen, wann und von wo er angekommen ist. Zum Essen muss er sehr genöthigt werden, mitunter verweigert er durchaus jede Nahrung und muss dann gefüttert werden; dabei besteht eine Blasen- und Mastdarm-Lähmung, Koth und Urin geht Pat. unwillkürlich am Tage wie in der Nacht öfter ab, so dass er häufig katheterisirt werden muss. Von trophischen Störungen machte sich bald am rechten Oberschenkel hinten ein Decubitusansatz bemerkbar, der jedoch nach sorgfältiger Behandlung wieder schwand.

Nach einiger Zeit wurde Patient freundlicher und etwas zugänglicher; doch war seine Stimmung wieder eine sehr wechselnde, bald ruhig, heiter, bald mürrisch und abweisend, meist aber eine etwas deprimirte, weil er viel über seine Krankheit nachzudenken schien. Eine erhebliche Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses war recht auffallend: Patient konnte nicht den Monat angeben, in dem man sich gerade befand, noch hatte er über die erste Zeit seines Hierseins irgend eine Erinnerung. Er weiss auch jetzt nicht, warum er nach G. gekommen ist, und scheint überhaupt ein rechtes Krankheitsbewusstsein nicht zu haben. So amüsirt er sich spöttelnd über

andere Kranke, lächelt überlegen, wenn sie im Garten den Aerzten bei der Visite ihre Projecte u. dgl. vortragen, äussert sich geringschätzig über sie, und erklärt sich selbst für so gesund, dass er ruhig nach Hause reisen könnte. Zu einer vernünftigen Beschäftigung ist er nicht zu bewegen: „Es ist ja Unsinn, hat keinen Zweck," und so sitzt er dann ruhig auf dem Sopha und sieht den anderen Patienten bei ihren Spielen zu. Ab und zu macht er wieder einen klareren Eindruck, ist dann recht freundlich, spielt Klavier, auch Karten, schreibt Briefe, liest Zeitungen etc.; so erinnert er sich auch seines Geburtstages und ist erfreut über Nachrichten von seinen Angehörigen und über die Verlobung seiner Schwester. In einem Briefe an die Eltern bemerkt er u. A.: „Es war Humbug, dass ihr mich nach X. brachtet; dort wurde ich nur immer schlimmer in dem Humbug, kam immer mehr herunter, so dass ich gar nicht mehr wusste, wie ich hierher gekommen bin." Im September 1887 hatte sich das körperliche Befinden erheblich gebessert, Patient selbst fühlte sich viel wohler und frischer, machte oft Ausfahrten und Spaziergänge; die Blasen- und Mastdarmlähmung war so weit geschwunden, dass Patient den Urin längere Zeit halten konnte, und ein Katheterisiren nicht mehr nöthig war. Doch blieb die deutliche Differenz der Pupillen bestehen, die rechte blieb erheblich weiter und reagirte viel träger als die linke. Des Kranken Stimmung war jetzt eine gleichmässig ruhige und zufriedene; er wünscht, zu Weihnachten zur Hochzeit seiner Schwester nach Hause reisen zu können, die Zustimmung der Aerzte zu dieser seiner Reise, ohne die sein Vater ein Verlassen der Anstalt nicht erlaubt, hält er nach der ganzen Art, wie er sein Anliegen vorbringt, fast für selbstverständlich.

Im December 1887 erfährt Pat. vom Director der Anstalt, dass die Hochzeit seiner Schwester schon gewesen ist. In scheinbarer Ruhe, unter der sich aber grosse innere Erregung durch hastigere Sprechweise, heftigere Bewegungen etc. kundgiebt, erklärt er Tags darauf dem Arzt: Es sei kindisch von seinen Angehörigen, ihm das zu verschweigen, er sei gesund genug, sich auch darüber hinwegzusetzen, er habe seinen Eltern sowohl als seinem Schwager bereits seine Ansicht darüber „aber durchaus ruhig" geschrieben. Sein Benehmen zeugt jetzt von grossem Selbstbewusstsein, in geckenhafter Weise steht er viel vor dem Spiegel, sein Zimmer duftet nach Wohlgerüchen, er selbst benutzt die verschiedensten Parfums für das Haar, das Taschentuch, etc. Bei seinen häufigen Theaterbesuchen benutzt er stets nur denselben Platz (No. I). Zu Neujahr (die Gedanken an seine Abreise hatte er einstweilen aufgegeben) erscheint er in glänzender Festkleidung (Frack, Chapeau claque), renommirt dabei viel und bemüht sich, nach allen Seiten hin seine Ueberlegenheit zu zeigen. Er lässt sich in einem grossen Künstlermantel, in dem er sich besonders wichtig vorkommt, zu wiederholten Malen photographiren und stellt dann diese Bilder in seinem Zimmer auf, wo neben denen seiner Angehörigen auch die von Kellnerinnen, Wärtern der Anstalt u. A. durch einander stehen. Da er sich inzwischen körperlich ganz erholt hatte, und die geistigen Störungen leichterer Natur waren und einen harmloseren Charakter trugen, wurde er auf Wunsch seiner Angehörigen am 12. Februar 1888 zum zweiten Male entlassen.

Er blieb bei seinen Angehörigen bis zum 6. September 1889, an welchem Tage er wieder der Anstalt in G. übergeben wurde. In den letzten $^{3}/_{4}$ Jahren war er zu Hause sehr abgemagert, körperlich heruntergekommen, fast vollständig interesselos und auf das Aeusserste wortkarg geworden. Auf der Reise nach G. war er sehr ängstlich („Ich habe etwas gethan, wofür ich Strafe erleiden soll"), auf jeder Station wollte er aussteigen, und fürchtete lebhaft, arretirt zu werden.

In der Anstalt macht er ebenfalls Anfangs einen benommenen, ängstlichen Eindruck; er glaubt, geschunden und geblendet zu werden, besonders von zwei anderen Mitpatienten, hält Alle für todt, hat beängstigende Gefühle und ist überhaupt recht unruhig. Dabei

ist er leicht gereizt, rechthaberisch, oft verstimmt und äussert hypochondrische Ideen: Seine Organe seien alle ruinirt, er sei impotent etc. Trotzdem weigert er sich, die ihm verordneten Medicamente einzunehmen und benimmt sich den Aerzten gegenüber anmaassend. Eine leichte Blasenlähmung hat sich wieder eingestellt, die Sprache ist jetzt stark stotternd und zeigt das Phänomen des Silbenstolperns, die Schrift ist etwas zittrig und charakterisirt durch Wiederholung und Auslassung von einzelnen Silben und Wörtern. Das Gedächtniss in Bezug auf das früher in der Anstalt Erlebte ist gut. Appetit und Schlaf sind im Allgemeinen zufriedenstellend.

Am 6. März bekommt Pat. Vormittags einen paralytischen Anfall. Er wurde bleich, taumelig, war ausser Stande, deutlich zu sprechen, lallte ganz unarticulirte Laute; nur selten wurde ein verständliches Wort hervorgebracht. Das Sensorium ist benommen, die Pupillen sind mittelweit, die rechte weiter als die linke und reagirt sowohl auf Lichteinfall wie bei Accommodationsänderung fast gar nicht, die linke etwas besser. Die linke Nasolabialfalte ist leicht verstrichen. Die Zunge geräth beim Herausstrecken in choreaartige Bewegungen, sie wird vorwärts bewegt, dann zurückgezogen, dann nach beiden Seiten hin bewegt in kurzer stossender Weise, dabei zeigen die Mund- und Wangenmuskeln Mitbewegungen. An den oberen wie an den unteren Extremitäten beobachtet man spontane, leicht zitternde Bewegungen und grosse Unbeholfenheit bei beabsichtigten Bewegungen; eine Veränderung der groben motorischen Kraft ist nicht wahrzunehmen, und eine erheblichere Störung der Sensibilität ist nicht nachweisbar. Die Sehnenreflexe fehlen beiderseits vollständig. Urin und Koth geht unwillkürlich ab.

Am folgenden Tage Vormittags ist Patient anscheinend bei gutem Bewusstsein, die Sprache ist verständlich, doch werden häufig, ohne dass Patient es merkt, einzelne Wörter wiederholt, und viele Silben stark verschleift. Patient erkennt den Arzt und begrüsst ihn, er weiss von seinem gestrigen Zustande nichts und behauptet, stets deutlich gesprochen zu haben. Die Stimmung ist sehr euphorisch, die Zunge zeigt noch choreaartige Bewegungen, die Sensibilität ist an den Extremitäten herabgesetzt (es wird Kopf und Spitze einer Nadel nicht unterschieden), auch die Leitung ist etwas verlangsamt. Analgesie besteht nicht. Nachmittags stellt sich Unruhe und Benommenheit des Sensoriums mit entschieden schwachsinnigem Gebahren ein: Patient verlässt öfters das Bett, läuft auf den Corridor, will mit seiner Unterhose die Thür aufziehen, antwortet auf Fragen nur durch ein ausdrucksloses Lächeln, isst nichts, verkennt die Personen und hat kein Bewusstsein der Situation.

Dieser Zustand hält auch den folgenden Tag an. Pat. kleidet sich plötzlich vollständig aus, nimmt ein Stück Papier, legt es erst auf die Brust, dann vor den Penis, zerknittert es sodann und geht suchend in dem Zimmer umher. Ein anderes Mal nimmt er das Nachtgeschirr und hält es dem Arzt vor den Mund, steckt die Strümpfe in die Schlafschuhe, nimmt sie wieder heraus, steckt sie wieder hinein u. dgl. Lesen kann er gar nicht, weder Gedrucktes noch Geschriebenes, aufgefordert seinen Namen zu schreiben, malt er die Zahlen 3 und 5 und den Buchstaben B. Nachsprechen gelingt ihm schlecht, auch besteht eine sehr ausgeprägte motorische Aphasie und Paraphasie. Meist bringt Pat. nur einzelne Laute hervor: „Schroa, schroa, zu, zu, zu", oft neue falsche Worte, z. B. Bolte, Ohsen, vom vom ba pa vonfa, bapava etc. und bezeichnet damit alles Mögliche. Für Cigarette sagt er „Bolte", ebenso auch für alle durch den Tastsinn wahrgenommenen Gegenstände. Als jedoch vor seinem Ohr gepfiffen wird, sagt er ganz richtig: „Pfeife". Optisch wahrgenommene Gegenstände bezeichnet er dagegen fast stets unrichtig. Manchmal kommen wieder plötzlich ganz unerwartet richtige Worte, ja halbe Sätze vor, z. B. „Ich werde mir das schön — ich komme so — gut gut — zu meinem Plaisirgang zu mir —" etc. Auch Seelenblind-

heit ist zu constatiren, aber lange nicht so ausgesprochen wie die Aphasie. Es wird ihm ein Hut gezeigt, er sieht ihn rathlos an. Ein anderes Mal setzt er ihn richtig auf. Mit einem Bleistift weiss er nichts anzufangen, ebenso wenig mit Geld und einem Portemonnaie. Ein Blatt Papier legt er richtig in die Schublade. Eine Cigarette wird ihm gezeigt, eine Schachtel Streichhölzer wird ihm gegeben. Er lässt sie ruhig liegen. (Patient war früher ein starker Raucher.) Es wird ihm nun mit der Schachtel vor dem Ohre geklappert. Er lacht, und versucht dann, mit der Cigarette an der Schachtel Feuer zu machen. Auf Aufforderungen, wie: „Nehmen Sie den Hut ab", „stecken Sie die Uhr in die Tasche" und dergl. reagirt Pat. theils gar nicht, theils in verkehrter Weise. Dabei ist er sehr vergnügt, lacht viel, spricht fortwährend paraphasisch, ohne sich im Mindesten zu ärgern und schreit, wenn ihm etwas vorgesprochen wird, die paraphasischen Worte dem Betreffenden mit sichtlicher Freude entgegen. Im Laufe eines Tages bessern sich die Symptome zusehends; Abends schon liest der Kranke einige Worte richtig, spricht vieles spontan richtig, schreibt einzelne Worte und erkennt den Arzt. Nach einer gut verbrachten Nacht zeigt sich schon am nächsten Morgen keine eigentliche Aphasie mehr, nur Schreibdefecte, statt B: R — P: V — F: E — P: T u. s. f. Auf Dictat schreibt Pat. erst richtig, dann immer nur dieselben Worte. Auch Lesen und Nachsprechen gelingt jetzt ganz gut; nur ist die Sprache lallend, verwaschen, silbenstolpernd. Auch besteht noch sehr starke Chorea der Zunge nebst Mitbewegung der rechten Labialgegend beim Hervorstrecken der Zunge und beim Sprechen und Zähneknirschen. Lähmungen der Extremitäten sind nicht zu constatiren. Das Bewusstsein ist klar, aber mit mangelhafter Erinnerung an die beiden letzten Tage.

Die Stimmung des Kranken ist in den nächsten Tagen heiter, glücklich und zufrieden; erhebliche Grössenwahnideen machen sich bemerkbar: Er sei zu den Hofbällen geladen, werde General werden, habe so viel Orden, dass er sie nicht alle tragen könne, habe das grosse Loos gewonnen und besitze eine adelige Frau. Alle anwesenden Personen ladet Pat. nach Berlin zu sich ein, er will ihnen allen Stellung geben; dann wieder ist er sehr unternehmungslustig: Mit seiner Verlobten, die er im Berliner Thiergarten kennen gelernt habe, werde er nach Italien reisen; ein Schiff habe er sich bauen lassen, mit dem er von Berlin aus in $4^1/_2$ Stunden die Reise um die Welt machen könne, er werde nach New-York, Afrika, unterwegs Emin Pascha besuchen u. dergl. Ein anderes Mal wieder erzählt er, er heirathe die Prinzessin Victoria, und mache vorher mit Kaiser Wilhelm zusammen die Vorbereitungen zu seiner Verlobung, der Prinz Georg sei in Dragoneruniform bei ihm gewesen, und hätte sich gewundert, dass seine Verlobung mit der Prinzessin Victoria aufgeschoben sei. Dann wieder will er unter Moltke und Waldersee eine militärische Uebung mitmachen, um Generalfeldmarschall zu werden, vom Inspector der Anstalt verlangt er 10 000 Mark zu Einkäufen in der Stadt und ist ungehalten, wenn derselbe seinen Befehlen nicht sofort nachkommt. — Der Weiterlauf entzog sich meiner Beobachtung.

Krankengeschichte 5. Eigene Beobachtung. Alkohol-Paralyse. Patient, 56 Jahre alt, von Beruf Arzt, hat als Student, wie auch in späteren Zeiten, stark in Alkohol excedirt. Er war von hervorragenden geistigen Fähigkeiten, die ihm eine angesehene öffentliche Stellung verschafften; doch konnte er dieselbe wegen der bald einsetzenden Demenz nicht lange bekleiden. Die psychische Störung kam dadurch zu Tage, dass Pat. wiederholt an den Rand der Acten die Worte: „Mutter, der Mann mit dem Cokes ist da!" schrieb. Pat. wird am 26. Januar 1890 in die Maison de santé aufgenommen.

Die körperliche Untersuchung ergiebt Folgendes: Der Ernährungszustand des Patienten ist gut, die Pupillen reagiren sehr träge, die rechte ist grösser als die linke.

Die Zunge zittert stark. Ebenso besteht starker Tremor der Arme, der Hände und selbst der Finger, so dass Patient theilweise gefüttert werden muss. Kniephänomene sind beiderseits erhöht, der Kremasterreflex links stärker als rechts. Der Gang ist schleppend, unbeholfen, dabei ist eine grosse Schwäche der Beine bemerkenswerth. Endlich ist auch Incontinentia Urinae vorhanden; Zeichen von Lues sind nicht nachzuweisen. Patient sitzt entweder im Stuhl oder liegt zu Bett, da die Schwäche in den Beinen ihm nur wenige Schritte in etwas gebeugter Haltung zu machen gestattet. Die Sprache ist gedehnt, aber Articulationsstörungen sind nicht vorhanden.

Pat. beschäftigt sich mit Cigarrenrauchen und Zeitungslesen d. h. er blickt Stunden lang auf das Papier und kann gewöhnlich nichts davon angeben, was er eben gelesen zu haben scheint. Ueberhaupt weiss er nach einiger Zeit von dem, was er gesagt hat, nichts mehr und besinnt sich nur schwer z. B. auf einen Besuch, den er am Tage vorher empfangen hat. Doch erkennt er die ihn Besuchenden sofort und zeigt auch Gedächtniss für vieles, was er in früheren Jahren erlebt oder gelernt hat. So erzählt er, wie er sich während der Naturforscherversammlung in X. mit Syphilis inficirt hat; so weiss er auch z. B. die Nähte der Schädelknochen mit Namen zu nennen. Uebrigens behauptet er selber, nie besonders stark getrunken zu haben. Frägt man ihn Dinge, die seine augenblicklichen Verhältnisse betreffen, so blickt er meist den Frager lächelnd und fragend an und antwortet nur mit „Ja“ oder „Nein“, wie es der Ton der Frage nahe legt. Dagegen erzählt er eines Tags spontan, seine Frau sei Nachts zu ihm gekommen, sie hätten sich dann köstlich amüsirt, wären irgendwohin gegangen und hätten vor allem ein gutes Glas Bier getrunken, wobei er eine schöne Cigarre geraucht hätte. Zuweilen sagt er, er habe ähnliche Dinge „geträumt.“ Nachts führt er mitunter Selbstgespräche und schläft dann längere Zeit nicht.

Pat. besitzt keine Krankheitseinsicht; er weiss zwar zuweilen nach längerem anleitenden Fragen, wo er sich befindet, kann aber weiter nicht angeben, wie er dazu kommt. Er macht sich keinerlei Gedanken über das, was er auf der Station sieht; es erweckte auch von Anfang an nichts bei ihm das Gefühl oder die Vorstellung des Neuen. Er verhielt sich vom Eintritt an so, als wenn keine Aenderung in seiner Lage eingetreten wäre. Er fühlt sich auch vollkommen wohl, erscheint immer froh gelaunt und lacht bei jeder Bemerkung, die im Gespräch mit ihm gemacht wird. Er begrüsst Jeden, der zu ihm tritt, mit ebenmässiger Freundlichkeit und Vertrautheit, mag er den Betreffenden auch noch nie gesehen haben.

So blieb der Zustand immer der gleiche in der ganzen Zeit seit seinem Eintritt. Das körperliche Befinden war fast dauernd ein gutes zu nennen.

Bei der geringen Bewegung und dem regen Appetit stieg das Körpergewicht von 90 kg nach 5 Monaten auf 93 kg, fiel nach 5 Monaten wieder auf 90 kg. Zugleich drohte sich ein Decubitus über dem Kreuz zu entwickeln. Darauf stieg das Gewicht von Neuem bis auf 93,5 kg und mit ihm die Unbehülflichkeit. Der Stuhlgang war immer sehr träge; ab und zu bestand Incontinenz des Stuhls. Der Schlaf war nur im Anfang und zur Zeit der Gewichtsabnahme ein mangelhafter, im Uebrigen bedurfte es keiner Schlafmittel. Pat. erschien allmählich fast geistig reger als wie bei seinem Eintritt und begann Grössenideen zu äussern, z. B. dass er geadelt worden wäre. Bald traten wiederholte paralytische Anfälle auf, welche dem schweren Leiden in Kurzem ein Ende machten.

Krankengeschichte 6. Eigene Beobachtung. Modificirte Paralyse in eigenthümlicher Ausgestaltung. Herr N., Offizier, 34 Jahre alt, in seiner Kindheit und Jugend angeblich stets gesund, acquirirte vor ca. 10 Jahren Lues, von der er jedoch durch wiederholte Schmierkuren geheilt wurde. Wenigstens war er, als er vor 4 Jahren heirathete, auf Grund fachmännischer Untersuchung von

syphilitischen Erscheinungen frei; von seinen beiden Kindern ist das älteste, ein Mädchen, völlig gesund, das zweite, ein Knabe, rhachitisch. Die Gattin des Patienten bekam in der Ehe ein Ulcus im Munde, welches durch eine antisyphilitische Kur beseitigt wurde.

Die ersten Symptome einer psychischen Erkrankung machten sich im October 1885 bemerkbar, wo Patient bei der Hochzeit seines Bruders ein sehr gereiztes Wesen zur Schau trug und allen Bekannten durch sein verändertes Benehmen auffiel. Diese Gereiztheit blieb, und ausser ihr machte sich in der Folgezeit eine grosse Vergesslichkeit und Schläfrigkeit bemerkbar. Dabei traten hypochondrische Vorstellungen wechselnder Art auf, so z. B. fürchtete Patient zu erblinden (dabei war sein Sehvermögen ein ganz gutes), er sah schwarz in Betreff der Zukunft seiner Kinder, machte sich wegen deren Erziehung ganz unnöthige Sorgen und hegte sogar Selbstmordgedanken. Eine Aenderung seiner ganzen Persönlichkeit zeigte sich ferner darin, dass er sich in Damengesellschaften sehr gehen liess und daselbst mit Vorliebe obscöne Geschichten erzählte; machte ihn seine Frau dann auf solche Taktlosigkeiten aufmerksam, so drohte er, sie zu erschiessen etc.

Eine deutliche Abnahme seiner Intelligenz und Verminderung seiner geistigen Fähigkeiten zeigte sich im Mai 1886; es kam zu erheblichen Versehen im Dienste; Patient vergass, die wichtigsten Aufträge auszuführen, schrieb Vieles falsch nach, was der General ihm dictirte, und war schliesslich ganz unfähig, seinen Dienst zu versehen.

Der Kranke klagte über reissende Schmerzen in den Beinen, besonders nach dem Reiten, über Gedächtnissschwäche und Apathie, Kopfschmerzen dagegen stellte er in Abrede, auch Krampf- und Ohnmachtserscheinungen waren nicht beobachtet.

Am 9. Juni 1886 wurde Patient der Maison de santé übergeben. Er war anfänglich sehr erregt, nahm eine herausfordernde Haltung an, that, als ob er handgreiflich werden wollte, verlangte, sofort herausgelassen zu werden, rüttelte an den Ausgangsthüren und schimpfte laut: Es sei eine Brutalität, ihn hier festzuhalten, er sei ganz gesund und wolle sofort nach Hause reisen, er könne doch hier unmöglich den ganzen Tag sitzen etc. Nach einigen Stunden wird er etwas ruhiger, äussert Verlangen nach Zerstreuung, wünscht Karten zu spielen und bittet sich eine Cigarre aus. Doch macht er einen verwirrten und ruhelosen Eindruck: eine Idee jagt die andere, kaum ist ein Wunsch ausgesprochen, so folgen auch schon verschiedene andere, ohne dass er auf ihre Ausführung drängt, oft widerruft er das, was er soeben gesagt hat, und widerspricht sich in seinen Angaben.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt zunächst eine bedeutende Differenz der Pupillen auf; die rechte ist erbsengross und reagirt gut auf Lichtreiz, die linke ist erheblich weiter und reagirt träge. (Diese Differenz soll schon im Jahre 1882 bestanden haben. Man dachte damals an eine syphilitische Heerderkrankung.) Der Gesichtsausdruck ist müde und apathisch, im Uebrigen aber zeigt Pat. eine straffe, aufrechte Haltung und gesundes Aussehen. Die linke Nasolabialfalte ist verstrichen, die Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt, in der Spitze sind fibrilläre Zuckungen bemerkbar. Die Sprache ist fliessend und auch bei dem Aussprechen schwierigerer Worte und Sätze nicht behindert. Die Schrift ist zitternd und schwer, Patient schreibt schief und sehr unzusammenhängend. Die Reflexe sind erhalten, die inneren Organe gesund, die Inguinaldrüsen rechts etwas geschwollen. Der Appetit und Schlaf sind ziemlich gut, der Stuhlgang regelmässig.

In den nächsten Tagen äussert Patient zwar noch oft den Wunsch, entlassen zu werden, er ist empört über die gefängnissartige Einschliessung, lässt sich aber stets schnell wieder beruhigen, und durch eine Cigarre oder eine andere Kleinigkeit wird er leicht von diesen Gedanken abgelenkt und bleibt dann heiterer und sorgloser Stimmung. Im Allgemeinen erscheint Patient recht interesselos, selbst über seinen Aufenthalt

in der Anstalt, den er für ganz zwecklos hält, da er sich kerngesund fühlt. Er wisse zwar, dass er im Verdachte stehe, nervenkrank zu sein, er solle zeitweise Gedächtnissschwäche gehabt haben, doch könne er sich dessen nicht erinnern.

Indessen treten Demenz und Erinnerungsdefecte auffallend hervor. Bei dem Whistspiel, das Pat. früher ausgezeichnet zu spielen verstand, ist er so zerstreut, vergesslich und confus, dass ein Weiterspiel unmöglich ist. Seine Meinung ist inconsequent und oft recht unklar; für den Zustand kranker Mitpatienten hat er keine Einsicht, er meint, man könne doch Viele entlassen, die wären ja ganz gesund, und weist dabei auf Schwerkranke hin. Haltung und Manieren des Patienten sind sehr nachlässig, in seiner Toilette lässt er sich ohne alle Rücksicht gehen, öffnet bei Tisch seine Kleider, isst mit den Händen und ist auch in seinen Reden sans Gêne. Oefters eignet er sich Gegenstände an, die ihm nicht gehören, speist bei Tische Compot, Zucker, Brödchen vom Teller seines Nachbarn, und ist ganz erstaunt, wenn derselbe ihn darüber zur Rede stellt.

Oft macht Pat. den Eindruck grosser Vergesslichkeit und Zerstreutheit: er steht vom Tische auf, läuft an das Fenster und knöpft seinen Rock, Weste und Beinkleider auf; macht man ihn auf sein Thun aufmerksam, so ist es, als erwache er, er sieht ganz erstaunt auf, bittet erschreckt für seine Nachlässigkeit um Entschuldigung, thut aber nach einigen Minuten ganz dasselbe. Bei Ausflügen tritt seine Zerstreutheit, sein absolutes Sichgehenlassen ohne Rücksicht auf die augenblickliche Umgebung ganz besonders hervor. Bahnreglements, Verbote etc. lässt er durchaus unbeachtet, er schlendert wie träumend umher und muss vor allen kleinen Unarten wie ein Kind gehütet werden. Bei der Unterhaltung schweifen seine Gedanken von dem Thema, auch wenn dasselbe ihn sichtlich interessirt, plötzlich ab, er hält mitten im Satz an, ohne zu merken, dass er denselben nicht vollendet hat, und beschäftigt sich ganz ungenirt z. B. mit seiner Toilette oder scherzt mit dem gerade anwesenden Zimmermädchen, wie er überhaupt dem weiblichen Dienstpersonal gegenüber leicht aufdringlich wird.

Die Stimmung ist im Allgemeinen gleichmässig sorglos und gleichgültig. Die Umgebung und augenblicklichen Verhältnisse lassen den Kranken meist unberührt. Er äussert wohl vorübergehend: „Nun könnte ich auch aber bald wieder hinaus," doch beeinträchtigt das seine gute Laune durchaus nicht. Patient lebt so in den Tag hinein, als sei sein Aufenthalt in der Anstalt ganz natürlich, obgleich er täglich betont, wie wohl und glücklich, wie gesund und frisch er sich fühle. Er sieht froh und sorglos in die Zukunft, hofft, in nächster Zeit befördert zu werden, sieht seiner Versetzung in eine grössere Garnison mit Bestimmtheit entgegen, vielleicht würde er auch noch einmal General-Feldmarschall. Nach seiner Entlassung aus der Anstalt will er fleissig in das Abgeordnetenhaus zu den Sitzungen gehen, vielleicht werde er selbst bald zum Abgeordneten gewählt werden; dann wieder will er Tanzunterricht nehmen, um Tanzfestlichkeiten arrangiren zu können, sich ein Velociped kaufen, auf dem er grössere Reisen unternehmen werde etc. Seinen Aufenthalt in der Anstalt bezeichnet er zwar als überflüssig, dennoch aber als nicht unangenehm: „Das Essen ist gut, das Leben bequem, das ist schon ganz gut zu ertragen." Er fragt wohl manchmal nach den Seinen, freut sich über Briefe seiner Frau und den Besuch seines Bruders, äussert wohl auch zeitweise: „Ach, es ist doch oft recht langweilig, nun könnten Sie mich auch schon herauslassen," ist dann aber durch irgend ein kleines Versprechen, einen kleinen Spaziergang, eine Cigarre etc. bald wieder in zufriedene Stimmung zu versetzen.

Das körperliche Befinden ist zufrieden stellend; Patient hat das Bedürfniss nach Ruhe, liegt viel auf dem Sopha mit geschlossenen Augen und geht auch früh zu Bett. Er schläft auffallend viel, klagt öfters über Kopfdruck und Müdigkeit, auch mitunter über Reissen in den Beinen. Ende Juli 1886 nahm diese Mattigkeit bedeutend

zu, Patient schlief leicht und überall ein, im Garten, im Lesezimmer, im Speisesaal; am Morgen freute er sich schon auf den Abend, da er wieder im Bett liegen dürfe, er sei immer müde und kenne kaum etwas Wohlthuenderes als den Schlaf. So blieb der Zustand des Patienten den Sommer 1886 über im Ganzen unverändert; zeitweise erschien er ruhiger und geordneter, äusserte keine besonderen Pläne für die Zukunft und war nur von der Freude erfüllt, bald wieder bei seiner Familie sein zu können. Weiter denkt Patient überhaupt selten: gerade der Moment nimmt ihn gewöhnlich ganz ein, ein schönes Gericht, ein neuer Kragen etc. beschäftigen ihn für den Augenblick genügend. Jeder neue Eindruck geht aber schnell vorüber, die Gedanken haften nur kurz an demselben. Im Ganzen aber ist das Wesen wie vorher, interesselos, apathisch, doch mitunter leicht gereizt, heftig und rücksichtslos; dabei ist Pat. nach wie vor nachlässig in seiner Toilette, unsauber und ungeschickt bei Tisch, obscön in seinen Reden.

Anfang October 1886 wurde Pat. auf Wunsch seiner Angehörigen versuchsweise zu seiner Familie entlassen, jedoch schon am 15. December wieder der Anstalt zugeführt.

Pat. befindet sich in ziemlicher Erregung, nachdem ihm mitgetheilt wird, dass er einige Tage in der Anstalt verbleiben solle. Er zeigt sich etwas verwirrt und ohne Verständniss für seine gegenwärtige Lage. Beim Essen, dem er nur wenig zuspricht, bestellt er Champagner, Beefsteak, Hummermajonnaise, dann wirft er sich in vollen Kleidern auf sein Bett und wünscht geweckt zu werden, sobald seine Frau käme.

Im Wesentlichen ist der Zustand des Kranken gegen früher Anfangs unverändert; er verlangt wiederholt, entlassen zu werden, schimpft, als seinem Wunsche nicht Folge geleistet wird, erzählt schmutzige Geschichten und benimmt sich bei Tische sehr unmanierlich. Doch bald treten im Gespräch häufiger Grössenideen hervor: Patient fühlt sich ausgezeichnet wohl, beabsichtigt in Kürze grössere Reisen zu machen, bald nach Indien, nach Japan, bald nach Ost-Afrika, wo man ja sprachkundige preussische Officiere gern aufnähme, und er spräche ja fertig deutsch, lateinisch, griechisch, französisch, englisch, italienisch, russisch. Auch habe er die letzte Zeit ausserordentlich vortheilhaft benutzt, um Stenographie zu lernen und schriftstellerisch bei Abfassung von Romanen, Novellen, wissenschaftlichen und militärischen Aufsätzen thätig zu sein. Er wolle nunmehr Kaufmann werden, wobei ihm eine Erhöhung im militärischen Range und ein höherer Orden nicht entgehen könne. Ein anderes Mal wieder ist er der Graf von Casasante und er will sich zum Thron von Bulgarien melden: Eine sechsspännige Equipage stände vor der Thür, um ihn zur Audienz zum Kaiser zu holen; er müsse daher unter allen Umständen heraus, er könne die Stellung in Bulgarien doch nicht aufgeben, so etwas würde nicht alle Tage geboten. Dann sprach Pat. über die Verstärkung des Militärstandes, erbot sich dem Kaiser die Mittel dazu zu verschaffen. Nichts sei leichter als dieses, man lasse einfach für jede Cigarre und jeden Schnaps eine Mark Steuer zahlen, er begriffe nicht, dass darauf noch Niemand gekommen sei.

Die Wahn- und Ueberschätzungsideen nehmen bald einen absurderen Charakter an: Pat. proclamirt sich als Kaiser von Deutschland, bringt auf sich als Kaiser von Deutschland ein dreimaliges Hoch aus, erzählt seiner Umgebung, dass König Wilhelm, Kaiser von Deutschland, gestorben wäre (dies war damals noch nicht der Fall), und er nun das Staatsruder übernommen habe. Dem Inspector bietet er die Königskrone von Sachsen, Bayern und Hannover an. Ihm sei es ganz gleich, welche derselben er wähle, er würde doch alle die kleinen Königreiche und Fürstenthümer zusammenschmeissen und neu besetzen, er sei jetzt mächtig, habe Alles in der Hand, könne einen Mann sterben und sofort als Frau, sogar mit dem Namen seiner Frau, auferstehen lassen, jetzt, wo er es nun erst so weit gebracht, sei ihm Alles Kleinigkeit; wer ihm widerspreche, müsse das heilige Abendmahl nehmen und würde dann sofort erschossen.

Dabei ist Pat. im höchsten Grade unsauber, beschmutzt sich und das Zimmer mit seinen Excrementen, hält sich in höchst mangelhafter Toilette, wirft Stock, Hut, Ueberzieher, Betten und Bettdecke durch einander auf dem Fussboden umher, legt sich mit Stiefeln auf die Betten, promenirt mit blossem und schmutzigem Nachthemd auf dem Corridor umher, reisst sich plötzlich im Garten sämmtliche Kleider vom Leibe und läuft ganz nackt zwischen den anderen Patienten einher, singt, jauchzt, hält grosse Reden, lacht, flucht, onanirt, räsonnirt und kommandirt in Einem fort, schlägt die Wärter, da sie seinen Befehlen nicht sofort nachkommen, küsst sie dann wieder und ist längere Zeit hindurch in so maniakalischer Perturbation, dass er im Zimmer gehalten und sogar gefüttert werden muss (Patient erhält täglich 2,0 g Chloral). Gegen Ende Februar 1887 wird Patient etwas ruhiger, bleibt jedoch nach wie vor verwirrt, zumal er beständig von Sinnestäuschungen irritirt wird.

Allmählich tritt eine auffallende Veränderung in dem Verhalten ein: Patient liegt fast den ganzen Tag auf dem Sopha, spricht sehr wenig, erwidert nur selten einen Gruss, beantwortet kaum und nur kurz die nothwendigsten Fragen und, während er früher in Grössenideen schwelgte, wähnt er jetzt, wie aus seinen wenigen Worten hervorgeht, völlig verarmt und von Allem entblösst zu sein; er sei nicht mehr Officier, sei gar nichts, habe keinen Pfennig im Vermögen etc. Dabei machte sich seit Mitte April 1887 eine gewisse Erreg- und Reizbarkeit in seinem Wesen geltend, die früher nicht bemerkbar war; wenn Pat. angeredet wird, stiert er den Betreffenden mit verstörten Blicken an, wendet sich schweigsam und mürrisch um oder giebt kurze und grobe Antworten: „Was kümmert Sie das, das geht Sie doch nichts an“, oder: „Welche dumme Frage, wie es mir geht; wie soll es mir gehen? Ich bin verrückt und werde hier nie wieder herauskommen.“

Am 21. April 1887 hat Patient Diarrhöe und Erbrechen, desgl. am 22. April; sein Blick ist stier, seine Bewegungen haben etwas auffallend Erzwungenes an sich und lassen auf einen paralytischen Anfall schliessen, jedoch machen sich Zuckungen nicht bemerklich; beim Sprechen setzt Patient plötzlich ab, spricht weniger fliessend wie sonst und wiederholt oft Worte. Die Temperatur beträgt 39,9; doch kann Patient nur mit Mühe bewogen werden, zu Bett zu gehen.

Am 24. April tritt ein roseolaartiges Exanthem auf dem Abdomen und der Brust auf, die Zunge ist sehr trocken, himbeerfarbig, die Milzdämpfung nicht vergrössert, auch über den Lungen keine Abnormitäten nachweislich; kein Husten, kein Auswurf. An dem etwas gerötheten Gesicht und an den oberen Extremitäten ist ein deutliches Zittern zu bemerken, das beim Sprechen und bei intensiven Bewegungen sich steigert. Der Stuhlgang ist erbsfarben-diarrhöisch; Patient erhält nur flüssige Diät, Wein etc. Am 28. April breitete sich die Roseola auch auf die oberen und unteren Extremitäten aus. Patient macht im Allgemeinen einen benommenen Eindruck, mitunter ist er erregt und heftig, wird ohne Veranlassung grob und unhöflich, sogar aggressiv. Meist liegt er mit geschlossenen Augen, fast regungslos da, nach seinem Begehren, was er essen und trinken möge, befragt, giebt er grösstentheils keine Antwort oder braust heftig auf: „Was fragen Sie denn immerzu?“ etc. Urin und Stuhl lässt er, ohne Notiz davon zu nehmen, beständig unter sich und ist aufgebracht und erregt, wenn er gereinigt und trocken gelegt wird.

Am 30. April ist eine grosse Mattigkeit zu constatiren, Patient sieht verfallen aus, ist somnolent, (er erhält Kampher). Das Fieber hält sich noch immer auf einer Höhe von 39—40^0, lässt aber keinen bestimmten Typus erkennen.

Am 2. Mai hat sich der Zustand etwas gebessert, die Diarrhöen lassen nach, das Erbrechen hat aufgehört, die Roseola beginnt abzublassen. Die Temperatur bleibt jedoch hoch. Patient klagt über Schmerzen am ganzen Körper; dabei sind ihm die

nothwendigsten Hantirungen, obgleich sie mit der grössten Schonung und Sorgfalt ausgeführt werden, höchst zuwider. Die Wärter, die ihn reinigen, verfolgt er mit bösen Blicken und ergeht sich dabei in kurzen, gehässigen Ausserungen: „Verfluchte Schufte, die richtigen Mörder!“ etc.

In der Nacht vom 3. zum 4. Mai bekommt Patient einen heftigen Schüttelfrost, am Morgen des 4. Mai bemerkt man über beiden Nates einen oberflächlichen Decubitus von Handtellergrösse, symmetrisch unterhalb des Kreuzbeins. Der Urin ist reich an Bakterien, alkalisch, enthält keinen Eiter, kein Blut und ist frei von Eiweiss und Zucker. Ferner besteht grosse Schmerzempfindlichkeit am Körper bei der geringsten Berührung; meist liegt Patient apathisch mit halbgeschlossenen Augen da; mitunter treten lebhafte Phantasieen auf, während welcher er durchaus das Bett verlassen will: „Der Oberst sei da, er müsse ihn sprechen“ etc. Die Nahrungsaufnahme ist sehr gering, Patient fühlt sich daher sehr schwach und kann die Zunge, welche trocken und braunroth belegt ist, nicht über die Zahnreihen hinaus bringen.

So blieb das Befinden fast unverändert ca. 14 Tage lang; das Fieber, welches zwischen 38,0 und 39,5° schwankte, zeigte einen ganz irregulären Charakter. Der Decubitus nahm trotz geeigneter Behandlung an Ausdehnung zu, in der Tiefe desselben sah man die Ligamente und Sehnen der langen Rückenmuskeln.

Am 15. Mai ist über dem rechten unteren Lungenlappen intensive Dämpfung mit Bronchialathmen und Knisterrasseln zu constatiren. Dabei ist mässige Dyspnoe und grosse Schwäche vorhanden. Die Nahrungsaufnahme beschränkt sich auf Flüssiges. Mitunter treten Schüttelfröste von kurzer Dauer auf. Die Temperatur beträgt durchschnittlich 38,5—39,0°. Der Decubitus hat sich nicht weiter ausgebreitet und zeigt nur an einer oberflächlichen Hautstelle gangränöse Parthieen.

Am 22. Mai ist endlich eine entschiedene Besserung bemerkbar. Patient ist frischer und lebhafter, reagirt auf die an ihn gerichteten Fragen und giebt mitunter ganz passende Antworten, so z. B. sagt er: „Ich fühle mich so schwach, dass ich mich nicht getraue, von dem Bette nach dem Sopha zu gehen; es ist vielleicht lächerlich, aber doch wahr.“

Am 26. Mai bemerkt man am linken Kniegelenk eine Anschwellung, welche deutliche Fluctuation zeigt, und sich auf Druck bis über die Patella in den oberen Recessus des Gelenks verschieben lässt. Bei der Incision derselben dicht oberhalb der Patella entleert sich eine klare, gelblich gefärbte, seröse Flüssigkeit nebst einigen Fibrinflocken.

Obgleich das Fieber in den nächsten Tagen sich wieder steigert, sogar am 29. Mai die Höhe von 39,0° erreicht, macht Patient vorübergehend einen ganz klaren Eindruck, er erkennt seine Umgebung und antwortet theilweise ganz vernünftig. Er giebt an, Stimmen zu hören, welche ihm unangenehme Vorgänge aus seiner Vergangenheit immerfort vorhielten und ihn dadurch reizten. Kurze Zeit darauf ist er wieder vollständig verwirrt und spricht, augenscheinlich durch Gehörs- und Sinnestäuschungen irritirt, unzusammenhängend und unverständlich. Seine Stimmung ist demgemäss auch sehr wechselnd, bald freundlich und bescheiden bei Einsicht in seine Lage, bald wieder mürrisch und reizbar. Das Allgemeinbefinden ist sehr schlecht, das Aussehen bleich und fahl; Patient ist stark abgemagert. Die Nahrungsaufnahme ist sehr verschieden, sein Appetit hängt ganz von seinen Vorstellungen ab. Bald schmeckt ihm das Essen sehr gut, ein anderes Mal wieder weist er dieselbe Speise zurück, weil sie ihn zu sehr aufrege oder er nach derselben einen üblen Geruch aus dem Munde bekomme etc. In der Muskulatur des Gesichts, besonders der Lippen und der Extremitäten bemerkt man leichtes Intentions-Zittern. Auch besteht lebhafter Tremor der Hände. Der Puls ist klein, frequent und

von geringer Spannung, die Respiration mühsam und beschleunigt. Ueber dem rechten unteren Lungenlappen besteht die Dämpfung und das Bronchialathmen fort.

Am 9. Juni zeigt der Decubitus an den Nates Tendenz zur Heilung; in der Tiefe desselben schiessen gesunde Granulationen hervor, er hat aber noch eine ganz erhebliche Ausdehnung. Eine Unterhaltung mit dem Patienten lehrt, dass er von seiner Wunde keine Ahnung hat. Am linken Hacken ist ebenfalls ein kleiner Decubitus entstanden, dessen gangränöse Stellen mit dem Messer entfernt werden. Gegen Ende Juni ist eine geringe Zunahme der Kräfte bemerkbar; Patient fühlt sich körperlich wie geistig viel frischer. So spricht er über Litteratur, liest die Zeitung mit Verständniss, erkennt die Schmucksachen seiner Gattin genau wieder und nennt die Städte, wo sie gekauft sind. Wiewohl es ihn peinlich berührt, wenn er über seine früheren krankhaften Vorstellungen und Wahnideeen examinirt wird, giebt er doch ausführlich Bescheid und zeigt recht gute Einsicht.

Seit Anfang Juli ist auch die Besserung in dem körperlichen Befinden des Patienten auffallend. Seine Sprache ist fliessend und kräftig, die Ausdrucksweise gewandt, der Gesichtsausdruck natürlich und frei. Die Pupillendifferenz besteht fort. Das Körpergewicht hat erheblich zugenommen, der Appetit ist gut, die Temperatur normal. Der Schlaf ununterbrochen und ruhig. Die Dämpfung über der rechten Lunge reicht nur noch bis zum unteren Winkel der Scapula. Der Decubitus an den Nates hat sich erheblich verkleinert und füllt sich von unten und von den Seiten mit gesunden Granulationen aus. Desgleichen zeigt der Decubitus am linken Hacken Neigung zur Heilung. Der Urin ist klar, bald alkalisch, bald neutral reagirend, enthält sehr wenige Eiterkörperchen und mitunter Spuren von Eiweis.

Patient bringt täglich mehrere Stunden im Garten zu, empfängt den Besuch seiner Angehörigen und zeigt dabei völlige Krankheitseinsicht und die grösste Dankbarkeit für die gute Pflege und Behandlung. Mitunter treten nach vorangegangenem Schüttelfrost plötzliche, bedeutende Temperatursteigerungen (selbst bis 40,5°) auf, welche in der Regel nach einigen Stunden unter starkem Schweissausbruch verschwinden. Die Stimmung des Patienten ist während derselben reizbar und heftig, doch kommt er den ärztlichen Anordnungen genau nach.

Anfang August verschlechtert sich wieder der Zustand des Kranken. Das Fieber dauert in mässiger Intensität fort, zeigt aber einen ganz atypischen Charakter; Morgens beträgt die Temperatur häufig 38,5°, Mittags 37,0°, Abends 39,3°. Patient wird zusehends schwächer, zittert stark mit den Händen, kann die Zunge, welche trocken und grau belegt ist, kaum bis zur Hälfte herausstrecken. Die rechtsseitige Lungenaffection breitet sich über den Oberlappen aus. Zeitweilig besteht Erbrechen und Diarrhöe. Die Haut in der Umgegend des Decubitus an den Nates ist entzündlich gereizt und von zum Theil mit Eiter angefüllten kleineren und grösseren Blasen bedeckt. Der Decubitus zeigt über dem Kreuzbein wieder brandige Schwarzfärbung einer kleinen Parthie; die Wunde am linken Hacken ist zwar bis auf eine Stelle geheilt, dagegen ist die Sehne des Flexor digitorum communis in grösserer Ausdehnung brandig geworden, es stossen sich bei jedem Verbandwechsel einzelne Fetzen ab, dabei besteht sehr starker Foetor. Die unteren Extremitäten sind geschwollen. Der Urin enthält reichlich Eiweiss, zahlreiche Eiter- und Blutkörperchen und Bakterien.

Das ewige Sehnen und Drängen nach völliger Genesung hält den Patienten mehr oder weniger in merklicher Verstimmung, er möchte am liebsten selbst sich kuriren, erwähnt bald dieses, bald jenes, was zu seiner Genesung gewiss dienlich wäre, ändert besonders in Bezug hierauf seine Entschlüsse und Ansichten und widerspricht sich dabei in ganz auffallender Weise. Während er jetzt die verordnete Medicin mit Verlangen und Behagen einnimmt und dieselbe für ganz vortrefflich erklärt, schimpft

er im nächsten Moment wieder über den Arzt und seine Verordnungen, infolge deren sein Zustand sich nur verschlechtere.

Dieser Zustand hielt im Wesentlichen unverändert den ganzen August über an; im September dagegen trat eine auffallend rasche Besserung des körperlichen Befindens des Patienten ein. Eine am 25. September vorgenommene Untersuchung des jetzt wieder erheblich gekräftigten und wohlgenährten Patienten ergiebt Folgendes: Allgemein-Befinden und Schlaf gut, Temperatur 37°. Herz normal, Puls etwas beschleunigt, von normaler Spannung. Ueber dem rechten unteren Lungenlappen eine 2 Querfinger breite Dämpfung nach aufwärts von der Lungengrenze; daselbst abgeschwächtes Athmen. Lungen im Uebrigen normal. Milz vergrössert. Abdomen nirgends druckempfindlich, Stuhl regelmässig, häufig diarrhöisch. Kein Erbrechen. Urin frei von Eiweiss. Decubitus an den Nates 5 Markstück gross, gut angefüllt, ohne Secretion, mit reichlichen Granulationen bedeckt. Decubitus am linken Hacken geheilt. Der Gang hat sich erheblich gebessert. Pat. vermag mit Hülfe eines Stockes allein zu gehen.

In psychischer Beziehung tritt eine geringe geistige Schwäche deutlich zu Tage. Bei längerer Unterhaltung merkt man leicht eine gewisse Zerfahrenheit: Patient ändert wiederholt seine Entschlüsse, er will nach seiner Genesung wieder in den Militärdienst eintreten, dann wieder seinen Abschied nehmen und ein Buchhändler-Geschäft übernehmen, bald wieder scheint es ihm vortheilhafter, als bestallter Lotterie-Einnehmer in einem Cigarrengeschäft zu fungiren („Die Kerle verdienen mit Leichtigkeit viel Geld"). Seine Stimmung ist meist heiter und zufrieden, er zeigt kein tieferes Bedauern bei der Nachricht von seiner Verabschiedung und tröstet sich damit, dass er infolge seiner hochgradigen Kurzsichtigkeit den Dienst doch bald hätte quittiren müssen. Er liest viel in den Zeitungen, beschäftigt sich vorzugsweise mit der Politik Bulgariens und zeigt auch sonst Interesse, doch fasst er Vieles falsch auf und offenbart oft deutliche Schwäche des Urtheils. Ueber seine Krankheit ist er im Wesentlichen orientirt, nur möchte er das Anfangsstadium gern als „Fieber-Phantasieen" hinstellen. Er drängt nicht auf seine Entlassung, sondern will in der Anstalt seine volle körperliche Genesung abwarten. Sein Wesen ist gleichmässig heiter, übertrieben höflich gegen die Aerzte und die Mitpatienten, mit denen er sich gut verträgt und gern verkehrt.

Das körperliche Befinden ist andauernd gut, desgleichen Appetit, Schlaf und Verdauung. Der Decubitus verkleinert sich langsam. Das Verhalten des Pat. ist ruhig und geordnet, seine Stimmung gleichmässig heiter, so dass ihm erlaubt wird, ausserhalb der Anstalt in Begleitung seiner Angehörigen Spaziergänge zu machen.

Vom 16. bis 20. Januar 1888 machte Pat. noch einmal eine leichte Pneumonie in der rechten Lunge durch. Am 20. Februar wird er in die Station für Nervenkranke verlegt, worüber er sehr erfreut ist: „Er hätte das Geschrei der armen Unglücklichen unmöglich dort länger mitanhören können." Hier zeigt Patient, obgleich er sich anscheinend in gleichmässiger Stimmung zu halten versucht, den Wärtern gegenüber ein herausforderndes, befehlendes Wesen und ist oft unmotivirt unfreundlich. Im Verkehr mit den Mitpatienten sind seine Haltung und Manieren ungeheuer steif, er will ihnen gegenüber der „Cavalier" sein; er ist zu Jedermann von einer herablassenden Höflichkeit, beehrt aber nur wenige Auserwählte mit seinem Besuche und seiner Ansprache, spricht über Andere wegwerfend. Er sieht es für selbstverständlich an, bevorzugt zu werden, ist voll Selbstüberschätzung, redet oft in die Anordnungen der Aerzte und des Inspectors hinein und wundert sich, wenn auf seine Ideen nicht eingegangen wird. Dabei benimmt er sich geziert und pedantisch, beklagt sich, dass die Gesellschaft nicht zu ihm passe, treibt aber mit den Wärtern nicht selten Scherz. Meist ist er in gehobener Stimmung und lacht oft über gewöhnliche Aeusserungen, ohne dass ein besonderer Grund dazu

vorhanden wäre, wobei sich sein Gesicht stark röthet. Ueber seine Lage scheint er kaum nachzudenken, er nimmt es als ganz natürlich an, dass sein Bleiben sich hier noch längere Zeit hinzieht. Es wird ihm schwer, sich andauernd mit einer Sache zu beschäftigen, nach kurzer Zeit schon springt er ab, um etwas Neues vorzunehmen. So versucht er, sich in der englischen und französischen Sprache zu vervollkommnen, um sich damit später seinen Unterhalt zu verdienen; doch gelingt es ihm nicht, auch nur die einfachsten Sachen zu übersetzen.

Ende März ist die Decubituswunde an den Nates endlich vollständig geheilt; das sonstige Allgemeinbefinden lässt nichts zu wünschen übrig, und da Patient in letzter Zeit ein gleichmässig ruhiges Verhalten in psychischer Beziehung gezeigt hat, wird er am 5. Mai 1888 zum zweiten Male auf Wunsch seiner Frau entlassen.

Bis zum November fühlte sich Herr N. ganz wohl; zu dieser Zeit aber traten heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten auf, die ihm den Schlaf raubten und ihn körperlich herunterbrachten. Bald nahm auch die Gehfähigkeit ab, Pat. ermüdete schon nach geringen Bewegungen. Seit April 1889 verbreiteten sich die Schmerzen über den ganzen Körper, besonders über Kopf und Rücken, so dass Pat. zu jeder geistigen Anstrengung unfähig wurde. Nachdem er ohne besonderen Erfolg Bromkali in grösseren Dosen und zuletzt Morphium, 3 mal täglich zwei Spritzen einer 3 %igen Lösung, genommen hatte, suchte er am 15. Mai 1889 freiwillig wieder die Anstalt auf.

Patient ist blass und etwas abgemagert; die Patellarreflexe sind gesteigert, tabische Symptome (Ataxie, Romberg'sches Zeichen) fehlen. Patient klagt, es wäre ihm so, als ob permanent ein elektrischer Strom ihm durch den ganzen Körper ginge und ein Kribbeln in allen Gliedern hervorriefe. Die Schmerzen und das Gefühl der Schwere in den unteren Extremitäten bestehen fort; doch scheinen dieselben anderer Natur zu sein, als gewöhnliche neuralgische, ohne dass man den Patienten für einen Simulanten erklären könnte. Während z. B. Pat. kurz vorher über heftige, unerträgliche Schmerzen klagt, genügt es, ihn etwas abzulenken, um ihn davon zum Theil zu befreien. Oder wenn man ihn fragt, ob er Schmerzen habe, muss er sich erst besinnen, ehe er antwortet, oder er sagt sogar: „Ich weiss es nicht." Die Beschwerden scheinen vielmehr durch Störungen in der Gehirnthätigkeit, seien es nun Hallucinationen oder andere Processe, bedingt zu sein. Ferner wirkt das Morphium nicht in der Weise Schmerz stillend wie gewöhnlich. Bisweilen haben geringe Dosen eine länger dauernde, grössere eine kürzer anhaltende Wirkung. In psychischer Beziehung ist Patient von höflichem, zuvorkommendem Wesen und verkehrt freundlich mit den anderen Kranken. Nur zuweilen geräth er in grosse Erregtheit, meint, er werde wohl nie gesund werden, am wenigsten in dieser Anstalt. Des Morgens stören ihn die Sperlinge mit ihrem Gezwitscher, am Tage die Musik eines Restaurants oder das Klavierspielen in der Anstalt: Er könne nirgends Ruhe finden und wolle in eine ruhigere Anstalt. Zu einer geistigen Beschäftigung ist Pat. nicht fähig, da es ihm nicht möglich ist, seine Gedanken zu sammeln und zusammenzuhalten.

Im August treten wieder Sinnestäuschungen auf, vornehmlich des Gehörs, welche Pat. sehr irritiren. Demgemäss ist seine Stimmung bald glücklich und zufrieden, bald verdriesslich und missmuthig. Die Behandlung besteht im Wesentlichen in Verabfolgung von Narkoticis (Morphium) gegen die Schmerzen und Sulfonal etc. gegen die Schlaflosigkeit, später in täglichen lauwarmen Bädern an Stelle des Morphiums. Die psychische Invalidität offenbart sich vor Allem in widersprechenden Handlungen, gepaart mit grosser Unentschlossenheit, welche allmählich immer stärker hervortritt. Patient entkleidet sich z. B. legt sich zu Bett, erhebt sich bald wieder, zieht sich an und wiederholt dies im Laufe desselben Tages mehrere Male, oder er mach

dem Arzt Vorwürfe, dass er die Krankheit zu leicht auffasse, ein anderes Mal, dass er sie ihm als zu schwer dargestellt habe. Wieder einmal verlangt er mehr zu essen; als ihm das Gewünschte verabreicht wird, lässt er es unberührt stehen. Patient wünscht auf die Nervenstation verlegt zu werden, weil er auf der Station für körperlich Kranke sich zu verlassen vorkäme; nach Erfüllung seines Wunsches klagt er sofort über die neue Umgebung und bittet dringend um ein anderes Zimmer, welches er ebenfalls bald wechselt. Schliesslich wird er auf seinen dringenden Wunsch in einem Zimmer der Morphiumstation untergebracht; aber auch hier fühlt er sich unglücklich, trotzdem er frei im ganzen Hause umhergehen darf. Der Verkehr mit den Geisteskranken mache ihn nervöser wie zuvor, meint er.

In solcher Stimmung flüchtete Patient, der den Tag über verhältnissmässig ruhig erschien, am 3. October Abends 7 Uhr, indem er aus dem Fenster eines Parterrezimmers sprang, aus der Anstalt. Er ging zu seinem Bruder, welcher ihn sofort in die Anstalt zurückbringen wollte und ihm dieses mittheilte. Als sein Bruder ihn darauf einen Moment allein liess, eilte Patient aus dem Zimmer, fuhr nach einem an einem See gelegenen Sommer-Vergnügungsort und stürzte sich in das Wasser, um sich das Leben zu nehmen. Er scheint aber sofort Reue empfunden zu haben, schwamm an's Land und übernachtete in einem Gärtnerhaus. Am nächsten Tage suchte er seine Wohnung auf und wurde von seinen Angehörigen der Anstalt wieder übergeben.

Hier ist Patient Anfangs über seinen Selbstmordversuch untröstlich: „Bis jetzt hätte er rein da gestanden vor Gott, nun hätte er seine Seele mit einer Frevelthat belastet. Er hätte schweres Unrecht gethan an Allen, die es so gut mit ihm meinten.“ Oft liegt er weinend auf dem Sopha und ist in niedergeschlagener Stimmung; er hört Stimmen, die ihn beschimpfen und ihm fortwährend Ausdrücke zurufen, wie Schweinehund, Verbrecher, Mörder deines Glücks und deiner Familie, verruchter Mensch und Aehnliches. Obgleich Patient weiss, dass dies nur Hallucinationen sind, wird er durch dieselben doch sehr heftig irritirt und ruhelos umhergetrieben. Ist er z. B. Morgens aufgestanden und hat sich in seinem Zimmer etwas ergangen, so legt er sich nach einiger Zeit auf das Sopha, um zu ruhen, springt aber gleich darauf wieder auf, um in den Garten zu gehen, wo er bald wieder wünscht, nach seinem Zimmer geführt zu werden, und hier angekommen, trägt er wieder nach einigen Minuten nach dem Garten Verlangen. Bald hält er die Bettruhe für das Zuträglichste bei seinem Leiden, bald ist er der Ansicht, dass mässige Bewegung ihm am zweckdienlichsten sei. Fortwährend hat er Anliegen und Gesuche vorzutragen, ändert aber beständig seine Ansichten. Er verlangt als Kranker stärkere Weine, will von den Wärtern herumgetragen und im Garten herumgefahren werden; eine Stunde später läuft er in den Anlagen rüstig herum und erklärt, es ginge ihm ganz gut. Er wünscht, alle erdenkliche Lectüre zu erhalten, und ist sie in seinem Besitz, so thut er kaum einen Blick in die Bücher. Eine qualvolle Unruhe und das Verlangen nach steter Veränderung und Abwechselung treibt ihn rastlos hin und her und hindert ihn an jeder geistigen Beschäftigung. Mitunter versucht er, sich an einem Spiel zu betheiligen, besitzt jedoch nicht die Ausdauer, es längere Zeit fortzusetzen. Auch kann er es nicht über sich gewinnen, dem ärztlichen Rath zu folgen und einmal anhaltend das Bett zu hüten.

Dabei macht Patient jetzt auch körperlich einen leidenden Eindruck; namentlich klagt er über allgemeine Mattigkeit, ziehende Schmerzen in den Beinen und im Rücken, besonders beim Gehen. Aber trotzdem er nur langsam sich fortbewegen kann, lässt die innere Unruhe ihn nicht dazu kommen, längere Zeit der Ruhe zu pflegen. Hat er eine Zeit lang gesessen, so muss er sich erheben, um sich Bewegung zu machen, die er aber bald wieder wegen zunehmender Mattigkeit einstellt. Auch macht sich in geistiger Beziehung eine gewisse Schlaffheit und Gleichgültigkeit bemerkbar. Patient

hat im Verlaufe seiner Krankheit jeglichen Ordnungssinn verloren; er wirft in seinem Zimmer alles umher, lässt Gegenstände, wie Bücher, Zeitungen, Decke, wo er sich gerade befindet, sei es im Garten oder im Zimmer eines seiner Mitpatienten unbekümmert liegen und erwartet, dass ihm dieselben nachgebracht werden. So blieb der Zustand fast unverändert bis Ende Januar 1890. Infolge der Schlafmittel befindet sich Patient meist in einem benommenen Zustande; er taumelt von einer Seite zur anderen, auch wird ihm die Sprache ziemlich schwer. Doch scheint sich Patient in diesem Zustande zu gefallen, da er diese Schwäche erheblich übertreibt und sich so offenbar interessant findet.

Anfang Februar lässt diese Benommenheit bedeutend nach; Patient ist viel klarer geworden und unterhält sich eingehender und interessirter mit seinen Mitpatienten. Die Sprache hat das Stammelnde verloren, die Klagen über Nervenschmerzen sind seltener geworden, die Stimmung ist eine gleichmässig gute und voll Hoffnung, bald wieder hergestellt zu sein: Er sei ja noch jung, da würde sich sein Leiden schon wieder heben, und darum wolle er den Muth nicht sinken lassen. Doch sind die innere Unruhe, das inconsequente Verhalten, die geringe Neigung zu geistiger Beschäftigung, der Mangel an Ordnungssinn unverändert geblieben. Patient wirft seine Kleider im Zimmer umher, kleidet sich wiederholt an und aus und zerreisst dabei oft muthwillig seine Wäsche. Unzählige Male bürstet sich Patient des Tages sein Haar und wäscht sich ebenso häufig die Hände.

In seinem Benehmen ist er ebenfalls sehr wankelmüthig. Bald ist er sehr freundlich und behauptet, sich wohl zu fühlen, bald ist er verschlossen und äussert, dass er an heftigen Schmerzen leide, obgleich ihm dies jedoch niemals anzusehen ist. Ueberhaupt scheint in der Regel ein äusserlicher Anlass, ein nicht erfüllter Wunsch oder Aehnliches im Stande zu sein, diese Schmerzen hervorzurufen. Auch schützt er stets solche vor, wenn er mit etwas unzufrieden ist oder zu irgend etwas aufgefordert wird, was ihm nicht behagt.

Im April 1890 zeigte Pat. ein mehr ruhiges, gleichmässiges Verhalten. Doch kann er sich nicht zu einer geregelten Beschäftigung entschliessen, da er, wie er als Entschuldigung angiebt, seine Nerven nicht überanstrengen will. In seiner Denkungsart macht sich eine stark pietistische Richtung geltend. Er unterhält sich mit Vorliebe über Religion und vergleicht sein Leiden mit dem des Heilandes, in der Hoffnung, dass in der Auferstehungszeit auch sein Leiden sich mildern und geheilt werden würde.

Sein Allgemeinbefinden ist im Ganzen zufriedenstellend, der Schlaf verschieden. Da die Angehörigen eine „Luftveränderung" für angezeigt halten, so wird Pat. aus der Anstalt herausgenommen. Die Remission dauert bis jetzt noch fort.

Krankengeschichte 7. Eigene Beobachtung. Typische sensorisch-motorische Variante. Dr. N., Arzt, 41 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, welche im Alter von 62 resp. 57 Jahren starben. Von seinen fünf Brüdern bekam, während die übrigen stets gesund blieben, der vierte im 15. Lebensjahr epileptische Anfälle, welche im Verlaufe der nächsten 10 Jahre wiederkehrten, seit dieser Zeit aber gänzlich fortgeblieben sind, ohne dass sich für diese Erkrankung eine bestimmte Veranlassung ergeben hat. Sonst sind in der Familie Geistes- und Nervenkrankheiten nicht vorgekommen. Als Kind war Patient stets gesund, körperlich kräftig und zeigte eine gute geistige Beanlagung. Krankheiten des Central-Nervensystems sind weder in der Kindheit, noch in späterer Zeit eingetreten. Vor ca. 16 Jahren erfolgte eine luetische Infection, die aber Patient selbst stets in Abrede stellt. Seit 14 Jahren ist Patient verheirathet, aber kinderlos, anscheinend infolge einer früher durchgemachten Pelveo-Peritonitis seiner Frau. Seine Lebensweise war zeitweise unregelmässig, aber der reichliche Genuss von Bier und Wein, die nicht seltene Verkürzung der Nachtruhe hatte früher anscheinend keinen merklichen Einfluss auf seine Gesundheit und gestattete ihm, eine angestrengte

Thätigkeit zu entfalten. Als weitere wirksame Ursachen für die Ausbildung der Krankheit kommen, ausser dem Kummer wegen einer für unheilbar gehaltenen Krankheit seiner Frau, mehrfache Enttäuschungen und Kränkungen des leicht erregbaren, ehrgeizigen und selbstbewussten Mannes in Betracht. Der Beginn der Krankheit, welche sich ganz allmählich entwickelte, liegt weit zurück; 1883 zeigten sich die ersten Zeichen eines Gehirnleidens; es trat Ptosis auf dem einen Auge und Doppeltsehen auf, welches seit dem in bald stärkerem, bald schwächerem Grade sich bemerkbar machte. Auch traten die ersten Zeichen einer Facialis-Parese hervor. Zugleich zeigte sich eine immer stärker werdende nervöse Reizbarkeit; diese führte, da sie auch nach längeren Fusstouren im Gebirge nur vorübergehend ein wenig nachliess, zu einer erheblichen Einschränkung der Berufsthätigkeit des Patienten.

Indessen entwickelte sich die Geisteskrankheit stetig weiter; neben anhaltender Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und starkem Verlangen nach Wein und Bier zoigte sich eine schwermüthige Verstimmung und Sucht zu grübeln. Während die Unruhe, die sich in Umherlaufen und nächtlichem Aufbleiben äusserte, beständig zunahm, machte sich ferner eine Aenderung seines Charakters bemerkbar. Patient wurde gleichgültiger gegen Alles, was ihn früher interessirte; es zeigte sich Stumpfheit des Gefühls und Rücksichtslosigkeit gegen seine Verwandten, vor Allem aber eine maasslose Steigerung seines Selbstgefühls: Pat. fühlt sich wohler als seit 13 Jahren, ist jetzt namenlos kräftig, seine Vermögenslage ist eine sehr glänzende, sein Haus so schön, wie er kein zweites kennen gelernt hat. Im April 1889 machte er, da er, nach eigener Angabe, infolge einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte, geistig so deprimirt war, dass er nicht ganz so klar wie früher denken konnte, eine längere Reise nach der Schweiz und nach Italien. Nach seiner Rückkehr benahm er sich sehr auffällig, machte z. B. nächtliche Ausflüge an die nicht sehr weit entfernte See, um den Sonnenaufgang dort zu geniessen, ging stets sehr leger angezogen, besuchte in seinem Bergsteigercostüm die Sitzung des Alpenvereins und unterbrach, eben eingetreten, den Vorsitzenden, welcher gerade eine Rede hielt, indem er mit einem lauten: „Grüss Gott! Grüss Gott!“ die Anwesenden nach allen Seiten begrüsste. Da seine Nervosität sich ihm selbst fühlbar machte, fuhr Pat. mit seinem Bruder nach Berlin und liess sich am 2. Juli 1889 in die Maison de santé aufnehmen.

Hier erscheint Patient erregt und lebhaft, von gehobenem Selbstgefühl; er erzählt viel, nicht selten in recht confuser Weise, oft widerspricht er sich, ohne Notiz davon zu nehmen; bald will er in einigen Tagen nach X. zurück und seine Praxis wieder übernehmen, dann wieder will er seinen Aufenthalt hier ordentlich ausnutzen und einen Lehrcursus in der Charité mitnehmen, um sich weiter auszubilden und sich dann in Berlin niederzulassen. Jetzt soll erst das eigentliche Leben beginnen, jetzt erst habe er sich richtig erkannt. Oft springt Pat. von einem Thema zum anderen über; er erzählt, er sei Schüler von Geheimrath Dr. N., welcher ihn hier für kurze Zeit in Pension gegeben hätte und seine Behandlung selbst leiten würde; er sei 20 Jahre praktischer Arzt und habe eine bedeutende Praxis in den bestsituirten Familien in X. Da er stets sehr gewissenhaft gewesen sei, habe er sich geistig überarbeitet, und der Umstand, dass ihm gerade in der letzten Zeit drei Patienten gestorben seien, habe genügt, ihn geistig völlig abgespannt zu machen. Er brauche aber wegen seines ausserordentlich kräftigen Körperbaus nur einige Tage zu seiner geistigen Erholung; ihm fehle nichts als geistige Ruhe.

Die körperliche Untersuchung stellt Folgendes fest: Patient, kräftig gebaut, zeigt einen guten Ernährungszustand und nur etwas blasse Gesichtsfarbe. Die Pupillen reagiren sehr träge. Das linke obere Augen-

lid hängt herab. Es besteht linksseitig eine vollständige Lähmung des Abducens und eine ziemlich bedeutende Facialisparese. Das Knie-Phänomen ist links sehr gering vorhanden, rechts vollständig aufgehoben. Die Zunge zittert beim Herausstrecken. Sprachstörung ist deutlich wahrnehmbar. Die Schrift ist kräftig und deutlich, zeigt keine abnormen Veränderungen. Der Schlaf war nach 2,0 Sulfonal meist gut.

Da Patient in den nächsten Tagen sich beruhigt, wird er nach der Nervenabtheilung verlegt, worüber er sich sehr erfreut zeigt. Auch hier erzählt er sofort dieselben Geschichten von seiner reichen ärztlichen Praxis und erfolgreichen Thätigkeit. 80 der reichsten Familien aus dem Kaufmannsstande hätten ihm ihr Vertrauen geschenkt; dann rühmt er, was für ein ausgezeichneter Arzt er sei; er macht sich sofort mit allen Patienten bekannt, fragt nach ihren Leiden und verordnet ihnen Milch und dergleichen. (Pat. hatte in der That eine ausgedehnte, vornehme Praxis gehabt.)

Von eigentlichem Krankheitsbewusstsein ist jetzt keine Spur vorhanden. Pat. giebt zwar zu, etwas nervös zu sein, was bei seiner geistigen Regsamkeit nicht zu verwundern sei, im Uebrigen aber sei er geistig völlig klar und gesund. Seinen hiesigen Aufenthalt sieht er nur als vorübergehend, wie in einer gewöhnlichen Pensionsanstalt, an, er macht daher Pläne für die Zukunft und ist meist heiter und guter Laune. So schreibt er in einem äusserst liebenswürdigen Briefe vom 10. Juni 1889 (dem 2. Pfingstfeiertag), welcher ein vortreffliches Bild seines augenblicklichen psychischen Verhaltens giebt, an seine Frau:

„In wahrer Pfingstimmüng schreibe ich diesen ersten vernünftigen Brief aus meiner Nerven-Heil-Anstalt. Aus den beiden ersten Briefen hast Du meine wechselnde Stimmung ersehen, die die natürliche Folge eines so ganz ungewohnten Aufenthaltes ist, wie der hiesige Jedem am Anfang erscheinen muss. Nachdem ich mich hier durchgekämpft habe, nehme ich jetzt hier eine Stellung ein, wie kein Anderer, so dass ich jetzt wirklich sagen kann, ich lebe hier wie im Paradies.“ Dann lobt er die ausgezeichnete Verpflegung, das gute Trinkwasser, sein schönes Zimmer, seine blendend weisse Wäsche. „Die Hauptperson in der Anstalt, wenigstens in unserer Abtheilung, ist die Frau Inspektorin N., eine schöne, stattliche, elegante Dame, in den besten Jahren, natürlich energisch, aber ausserordentlich liebenswürdig; Du kannst Dir denken, wie sie von den Herren umschwärmt wird; wie eine Königin zieht sie dahin, umgeben von einem Schwarm Verehrer; mich behandelt sie natürlich, auch ohne dass ich sie poussire, ausserordentlich auszeichnend. Die Gesellschaft ist eine durchaus vornehme und Alle geistig gesund bis auf einen kleinen Spleen. Du kannst Dir denken, wie angenehm meine Stellung als Arzt Allen gegenüber ist; ich werde einfach als College der behandelnden Aerzte angesehen. . . . . . . Jedes Mal nach dem Essen halte ich Siesta auf dem Sopha und erfreue mich an meiner Havannah; ich werde also ganz blühend zurückkommen und natürlich ausserordentlich phlegmatisch.“

Nur hin und wieder macht die zufriedene und glückliche Stimmung leichten Aufregungszuständen Platz, während welcher Patient missmuthig, gereizt und verstimmt sich in seinem Zimmer zurückgezogen hält und sich weigert, an dem geselligen Verkehr der Mitpatienten Theil zu nehmen. Dann beklagt er sich über die Gefangenschaft, in der er gehalten werde, beschwert sich, dass man ihn seiner sämmtlichen Sachen beraubt habe, und ist z. B. äusserst aufgebracht, dass man es wage, ihm Kleider und Wäsche zu schicken, ohne seine Erlaubniss einzuholen; noch sei er dispositionsfähig, hier aber werde man systematisch verrückt gemacht.

In einem Briefe vom 24. Juni 1889, der stellenweise auf sein schon höchst auffallendes Gebahren während seines letzten Aufenthaltes in X. das rechte Licht wirft

und besonders auch seine Unentschlossenheit und Wankelmüthigkeit auf's Deutlichste zeigt, setzt Pat. in ausführlichster Weise die vermeintlichen Schändlichkeiten aus einander, die seine Familie gegen ihn plane, in der Hoffnung, seine Entlassung dadurch sofort zu erlangen. Der Brief lautet folgendermaassen:

„Sehr geehrter Herr College! Gestern, Sonntag, waren es drei Wochen her, dass ich in die Maison aufgenommen wurde. Ich war am Sonnabend, den 1. Juni, Abends, von X. freiwillig abgefahren! Meine Collegen sowohl, als auch meine Frau sagte mir beim Abschied, sie hätten sich über meine geistige Frische gefreut, mit der ich meine Praxis nach meiner Rückkehr übernommen hätte! Vor meiner Abreise war ich in Folge einer Blutvergiftung geistig so deprimirt, dass ich allerdings nicht ganz so klar denken konnte, wie früher! Da verbreitete sich das Gerücht: „Ich wäre nicht ganz zurechnungsfähig!" Während meiner sechswöchentlichen Abwesenheit, in der ich mich durch einen vierwöchentlichen Gebirgsaufenthalt und 14 Tage in dem herrlichen Italien so ausserordentlich körperlich und geistig erfrischt hatte, wie noch nie! hatte ein mir persönlich feindlich gesinnter College sich als grosser Psychiater aufgespielt und alle möglichen Recherchen selbst bei meinen Familien-Mitgliedern, also bei meiner Frau und bei meinem jüngsten Bruder, den ich von der Schule an bis auf den heutigen Tag ganz aus meiner Tasche unterhalten habe, angestellt, und dadurch die Ueberzeugung gewonnen (und zwar ehe ich zurückgekehrt war!): „Ich wäre geisteskrank!"

Als ich nun so frisch und übermüthig zurückkam, besuchte er mich wie zufällig, natürlich von meiner Frau und meinem Lumpen-Bruder bestellt, und zwar gerade am Himmelfahrtstage, um ein Kranken-Examen mit mir anzustellen! Als ich ihm nun sehr lebhaft auf seine Frage nach meinen Reise-Erlebnissen von meiner schönen Fusswanderung von Innsbruck an längs der Brennerbahn zu erzählen anfing, unterbrach er mich plötzlich und sagte: „Ich muss Ihnen nur sagen, weshalb ich hergekommen bin! Ich habe Ihren Geisteszustand schon längere Zeit beobachtet! Und bin zu der Ueberzeugung gekommen: „Sie sind verrückt! und gehören in eine Irren-Anstalt!"

Auf meine Frage: „Wie er zu der Frechheit käme?" zeigte er höhnisch lachend auf meine dabei stehende Frau und meinen Lumpen-Bruder und sagte: „Nicht nur Ich! behaupte das, sondern auch Ihre Familie!" Ich fürchtete, meine reine Hand an dem dreckigen Juden zu beschmutzen und wies ihm einfach die Thüre! Zu meiner Frau sagte ich, nachdem mein Spitzbuben-Bruder sich schleunigst entfernt hatte, um der verdienten Keile zu entgehn, die er sich bis heute noch nicht geholt hat!: „Du hast mich während der ganzen 12 Jahre unglücklich gemacht durch Deine ewige Krankheit, durch Dein gemeines, hinterlistiges, schleichendes, niederträchtiges, eigensinniges und eigenwilliges Benehmen, jetzt hast Du mich auch noch belogen und betrogen, indem Du mich im Verein mit dem dummen Jungen von dem frechen N. für verrückt erklären liesst! Du musst einsehen, dass ich nicht länger mit Dir zusammen leben kann! Lebe wohl! Du siehst mich niemals wieder!"

Damit ging ich heraus, ordnete meine Documente im Schreibtisch, steckte einige Pfandbriefe zu mir und ging langsam heraus, um über Z. nach Berlin zu fahren, dort meinem Freunde, der meine Frau ja ganz genau kannte, Alles zu erzählen, mich scheiden zu lassen, einige Wochen in Berlin zu studiren und mich dann hier niederzulassen! So ging ich in meinem eleganten, neuen Sommer-Anzug mit ca. 10 000 M. in der Tasche nach N., übernachtete in dem Gasthaus in A., um von diesem schönsten Punkte aus den herrlichen Sonnen-Aufgang über der See zu beobachten, was mir auch in der vollkommensten Weise gelang! Ich blieb bis Nachmittag an dem Strande, ging dann einen mir bekannten kurzen Pfad bergab nach der Eisenbahn-Station, um mir ein Billet bis Z. zu lösen, dort mich zu equipiren und ent-

weder erst nach Rügen und Copenhagen und dann zu N. oder gleich zu Prof. N. zu fahren . . . . . Da der Zug aber nur bis T. ging, und ich dort sehr viele Bekannte habe, die ich beim Uebernachten daselbst ohne weiteres getroffen hätte, was mir bei meiner beabsichtigten Trennung von der Frau, zumal ich ohne Gepäck reiste, (eine Angewohnheit, welche ich von meinen Gebirgsreisen her für selbstverständlich halte) unangenehm war, so entschloss ich mich bloss bis Y. zu fahren, dort zu übernachten und am nächsten Morgen mit dem Courirzug mich weiter zu begeben. Um 9 Uhr (Abends) kam ich in Z. an und sah sofort auf dem Bahnhof eine mir befreundete Familie. Da mir aus obigen Gründen eine Begegnung mit Bekannten unangenehm war, so suchte ich, unerkannt vom Perron aus vor die Stadt zu gehen, um mir die herrlichen Berge und die neue Irren-Anstalt wenigstens von aussen anzusehen und dann in einem Hôtel zu übernachten! Kaum hatte ich einige Minuten in der Nähe der Irren-Anstalt gestanden und mir den grossartigen Rohbau angesehen, als ein fremder, grosser, stattlicher Herr eiligen Schritts über die Eisenbahnschienen gelaufen kam und eiligst auf mich zustürzte: „Guten Abend! Herr College! was machen Sie hier?“ Mit wem habe ich die Ehre? „Dr. Q. 1. Assistent von der Irren-Anstalt, ich kenne Sie schon von früher her!“ Bedaure! ich kenne Sie nicht! „Was machen Sie hier?“ Sie sehn ja, ich sehe mir die neue Irren-Anstalt an! Nun wollte er mich mit Gewalt in die Irren-Anstalt hineinführen, um sie mir zu zeigen (Abends gegen **10 Uhr**!!) oder in ein Hôtel zu Bekannten führen! Nun wunderte er sich über Alles! Dass ich ohne Gepäck reise! Wo ich die Nacht vorher gewesen wäre! Wo ich diese Nacht bleiben wollte! Kurz! Er hielt mich entschieden für verrückt!“ Als ich nun energisch in ihn drang, wie er zu dieser Frechheit käme, mich so auszuforschen!, gestand er ein, dass der Königliche Kreisphysicus an den Herrn Director geschrieben hätte: „Der Dr. N. N. wäre verrückt und sollte im Betretungsfalle in der Irren-Anstalt internirt werden!“ So hatte man schon Tage lang auf mich in Z. gewartet! Der Kgl. vereidigte, vom Staate angestellte und besoldete Staatsbeamte, der Kgl. Kreisphysicus hatte also einen !!**Steckbrief**!! erlassen gegen Den Verrückten Dr. N. N. nicht nur nach Z., sondern auch nach S. und an den Herrn Geheimrath Professor Dr. N. in Berlin! Als ich endlich durch Androhung von Polizei den Irren-Doctor losgeworden war, entschloss ich mich, als tüchtiger Fussgänger die Nacht ruhig nach X. zurückzugehen, um so mehr, als ich die bestimmte Aussicht hatte, noch ein Mal den Sonnen-Aufgang an der See zu beobachten! Eine herrliche Nacht-Wanderung bis A., wo ich um 4 Uhr Morgens von der Grotte und vom Strande aus den herrlichen Sonnen-Aufgang beobachtete! „Nirgends in der Welt ist es doch schöner als in X.!“ sagte ich mir! „Und wenn Du einige Wochen in Berlin bei Deinem hochverehrten Lehrer gewesen und Deine schmachvolle Ehefessel, die Dich 12 Jahre lang gedrückt, los geworden bist, dann kommst Du als freier Mann wieder nach X. zurück, übernimmst Deine brillante, elegante, mühelose Praxis und widmest Dich wieder den communalen und öffentlichen Angelegenheiten mit demselben Eifer, wie vorher!“ Aber der Mensch denkt! und Gott lenkt! Kaum war ich am Sonnabend den 1. Juni Morgens 7 Uhr auf dem Bahnhof angekommen und hatte dort tüchtig gefrühstückt, um mit dem Frühzug nach X. zu fahren, so umschwirrten mich die wunderbarsten Redensarten im Coupé über meine abenteuerliche Strandpartie! Zu Hause angekommen, fand sich selbstverständlich sofort das Corps meiner Freunde ein. Auch mein ältester Bruder hatte uns einen Feiertagsbesuch gemacht und bereits von meiner Verrücktheit durch meine Frau gehört, (die sich natürlich die beiden Tage als verlassene Strohwittwe bei ihrer Freundin aufhielt, die ich an meinen versimpelten Mathematiker-Schwager und Corpsbruder als Jugendfreundin meiner Frau verheiratet hatte!) Kaum hatte ich meine Abenteuer im Coupé und in Z. erzählt und erklärt, ich

würde nun sofort! des Abends mit dem Courirzug zu N. fahren! als meine Frau auf den teuflisch schlauen Plan kam, mich womöglich noch festzuhalten! Denn dass ich zu Ihr nicht mehr zurückkommen würde, wusste sie bei meinem Charakter! ganz genau! Ebenso gut wusste sie, da sie ja Professor N. sehr genau kannte, dass ein Physicats-Attest zur Aufnahme in einer Irren-Anstalt sofort genügen würde, um N. zu veranlassen, mich ohne Weiteres in eine Irren-Anstalt zu schicken! Der teuflische Plan gelang ihr ganz ohne Schwierigkeiten! Sie hatte ja von 8 Uhr Morgens bis Abend Zeit, um alle Vorbereitungen geheimnissvoll zu treffen! Meinen Lumpen-Bruder, der sich immer aus meiner Tasche hat unterhalten lassen, konnte sie von dem vielen Gelde, das sie in den 6 Wochen meiner Abwesenheit an Honorar eingenommen hatte, (viele Tausende Mark, die sie mir gegenüber nie buchte, sondern stets als Ihr Geld! betrachtete, so dass sie fürstlich! leben konnte) einfach bestochen, wie sie das auch bis zum Schluss gethan hat! Denn die ganze letzte Reise vom 28. bis 30. Juli 1889 mit meinem ältesten Bruder ist von meinem Gelde!! unternommen, indem meine Frau noch heute!! Vollmacht von mir hat, Gelder für mich einzukassiren, da es mir bis !Heute! durch mein langes Festhalten hier im Irrenhaus nicht möglich gewesen ist, meinem Rechtsanwalt General-Vollmacht zu ertheilen! Der Schaden, den mir meine Frau also innerhalb des letzten Jahres an Geld und wichtigen Documenten angerichtet hat, ist garnicht zu berechnen! Sie ist absolut gewissenlos! und macht sich aus einem Meineid! garnichts! Meine einzige Rettung wird sein, dass ich Ihrer Mutter das ganze Vermögen von 600 000 M. als Entschädigung für die Pension meiner Krebskranken Frau (Franzensbad 3 Mal, Elster, Pyrmont, Sommeraufenthalte, Reisen, Cur-Kosten etc.) mir gerichtlich zusprechen lasse! Nur so kann ich einigermaassen das Geld wieder erlangen, was ich mir während meiner 20 jährigen Praxis reichlich! verdient hatte! Sie beredete also einfach den äusserst gutmüthigen, aber ganz versimpelten Kreisphysicus, so wie meinen alten Hausfreund und Hausarzt, der meine Frau alle die Jahre hindurch in der aufopferndsten Weise gepflegt hatte und ihr sehr zugethan war, dem Gerüchte über meine Geisteskrankheit Rechnung zu tragen und das betreffende meineidige Lügen-Attest über meine Geisteskrankheit und die Nothwendigkeit meiner Aufnahme in eine Irren-Anstalt auszustellen! Damit hatte sie gewonnenes Spiel! Sie übergab das Attest meinem ältesten Bruder, der es sorgfältig vor mir verbarg und unter dem Vorwande, die Pfingstfeiertage in Berlin zuzubringen und sich von mir dem Professor N. vorstellen zu lassen, wogegen ich natürlich nichts einwenden konnte! sich erbot, mich zu begleiten! Selbstverständlich bezahlte ich auch noch das Reisegeld für ihn und schenkte ihm eine Kiste Havannah! Immer nobel! Charakteristisch für die versimpelten Anschauungen in X. selbst bei gebildeten Leuten ist Folgendes: Ich kleidete mich, da ich aus dem heissen Italien kam und es überhaupt gewohnt bin, etwas legèrer, ging in den Alpenverein mit meinem Bergsteigercostüm, als die Sitzung von dem Vorsitzenden gerade eröffnet war, und rief laut: „Grüss Gott! Grüss Gott!" sprang lebhaft auf die Pferdebahn, schwenkte zum Gruss meinen Hut, und das genügte für meinen versimpelten Freund, um mir wiederholt zuzurufen: „Mensch! Du hast ja die Hosenlatz auf! Mensch! Du schwenkst ja den Hut wie ein Verrückter! Mensch! Du hast ja letztens den C. in der Sitzung unterbrochen, und der Schweiss rann Dir von der Stirn (ich war sehr eilig von einem Schwerkranken gekommen und hatte mich noch umgezogen!) wie einem Verrückten! Mensch! Du bist verrückt und gehörst in eine Irren-Anstalt!" Ist das zu glauben? geehrter Herr Doctor? Offiziere, der russische Generalconsul waren entzückt über meine geistige und körperliche Erholung! Aber die weisen X.-er schüttelten ihr Haupt ob des sonderbaren Gebahrens des Verrückten! Dr. N. N.! und so musste! er in ein Irrenhaus!

Das Uebrige wissen Sie: Dass ich hier durch Lug und Trug, den ich aller Orten und Enden entdeckte, durch die rohe Behandlung der Irrenwärter, durch die Unterschlagung meiner Briefe und der Briefe meiner Schwiegermutter und Frau, durch heimliche lügenhafte Correspondenzen, welche Dr. B. mit dem versimpelten Dr. K. angeknüpft hat, aufgeregt wurde! in denen er sich vorreden liess, dass meine Praxis seit 6 Jahren abgenommen hätte, während sie sich thatsächlich! mit jedem Jahre erheblich gebessert hatte, indem ich Alles, was mir Mühe machte und Nichts einbrachte, abschaffte, so das Krankenhaus, in dem ich 6—7 Stunden arbeitete und dafür 1500 M. bekam, das Fuhrwerk, das mich 2000—3000 M. kostete, ohne dass ich es brauchte, die Armen- und Gewerkspraxis, und nur die besten und wohlhabendsten Familien behielt, bei denen ich als Fixum p. a. 12000—15000 M.! einnahm und dafür ca. 10 Besuche pro Tag zu machen brauchte! Sie wissen auch, sehr geehrter Herr College! dass Dr. K. hinter meinem Rücken die angenehmsten Berichte über mein Wohlbefinden, über meine Zukunftspläne, meine Erfindungen an meine Frau schrieb und sie dadurch in dem Glauben erhielt, sie hätte mich hier ganz vortrefflich untergebracht, und sie veranlasste, bis zum Schluss mir die zärtlichsten Liebesbriefe zu schreiben, die mich immer so furchtbar aufregten! wenn ich sah, wie sie herrlich und in Freuden im Schoosse der Ihrigen im Genuss des reizenden Adoptivkindes Hulda schwelgte, während ich in die tiefste Raserei verfallen war in dem Irrenhaus aus gekränktem Ehrgefühl, in das ich ganz ohne mein Verschulden gebracht bin!

Sie wissen, in welcher gemeinen, hinterlistigen Weise, Frau N. hinter meinem Rücken an meine Frau die rosigsten Berichte geschickt und sich Wäsche und Kleider schicken liess, ohne mich!! zu fragen, ob ich etwas brauche! Und ich brauchte es thatsächlich nicht! All dieser Lug und Betrug, diese hinterlistige, niederträchtige Gemeinheit, die mir hier von Allen Seiten! entgegen getragen wurde, hat mich ja so weit geistig und moralisch heruntergebracht, wie ich es jetzt bin. Nur schleunige Entfernung aus diesen gemeinen, lügenhaften Verhältnissen, nur der Verkehr mit geistig mir gleich hoch stehenden, edlen Menschen kann! mich erretten von meinem dauernden Schaden an meiner armen Seele! Aus dem reinen Idealisten ist ein ausgesprochener Misogen (sic) und Misanthrop geworden, der Jeden seiner Mitmenschen von dem pessimistischen Standpunkt aus ansieht! Es giebt nur eine Möglichkeit mich moralisch zu retten!

Sehr geehrter Herr! Sie geben mir meine Freiheit wieder, damit ich in X. mitten unter meine Gegner frei und offen als deutscher Mann treten, Allen, die ich beleidigt, die Bruderhand reichen und mit meinen Gegnern energisch abrechnen kann!“ —

Meist war Patient bei seinen Erregungszuständen bald leicht zu beruhigen und durch eine Unterhaltung auf andere Gedanken zu bringen, ja er schien sich sogar mit seinem Aufenthalt in der Anstalt ausgesöhnt zu haben, namentlich seitdem er sich geistig beschäftigte. Doch tritt dabei ein deutlicher Schwachsinn häufig zu Tage. Seine Pläne und Projecte wechseln beständig und tragen sämmtlich den Stempel der Grössenideen. Er ist voller Lobeserhebung über seine frühere wissenschaftliche Thätigkeit, die er in nächster Zeit wieder aufzunehmen gedenkt: Er fühle sich berufen und habe auch die Kraft, noch Hohes zu leisten. Eine hochwichtige Erfindung auf dem Gebiete der Augenheilkunde habe er bereits gemacht; stets unangenehm berührt durch die Druckschäden und Entzündungen an der Nase, den Schläfen und hinter dem Ohr etc., welche durch das beständigeTragen eines optischen Apparates, Brille oder Pince-nez's, hervorgerufen würden, sei es ihm gelungen ein Instrument zu erfinden, das klein, leicht, elegant, dauerhaft, solide und auffallend billig, die Vorzüge von Brille und Pince-nez

vereinige, ohne die Nachtheile derselben zu bieten. Dasselbe besteht aus zwei, durch ein auf dem Nasenrücken ruhendes Verbindungsstück zusammengehaltenen Gläsern, welche mittelst Kautschuk an der Nase fest geklebt werden.

In einem ausführlichen Schriftstück, das er einem Augenarzt in X. widmet, beschreibt Pat. zuerst die jetzt üblichen optischen Apparate, welche zur Verbesserung der Sehschärfe dienen, Brille und Pince-nez, Monocle und Lorgnon, schildert dann, theils in recht drastischer Weise, ihre Nachtheile und die Qualen, die mit der stetigen Benutzung eines solchen Instruments verbunden sind, dann setzt er in äusserst beredter Weise die Vorzüge und die Zweckmässigkeit seiner „Normalbrille", oder seines Brillen-Pince-nez's auseinander und schliesst dann sein 37 eng geschriebene Seiten langes Opus mit folgenden schwungvollen Worten: „Alle diese Vortheile der neuen Normal-Brille sind so gewaltig, dass diese Normal-Brille alle bisher im Gebrauch befindlichen optischen Apparate verdrängen und ersetzen wird! Eine grössere Wohlthat der gesammten leidenden Menschheit zu erweisen, ist wohl kaum bisher einem Arzt und Menschenfreund gelungen! Wie mein ganzes Sinnen und Trachten Zeit meines Lebens nur auf das Eine Hohe Ideale Ziel gerichtet war:

„Zu lindern mit linder Hand die Leiden der leidenden Leidensgenossen!"

so gereicht es mir jetzt zu einer ganz besonderen Genugthuung: Diese Epoche machende Erfindung zum Wohle meiner leidenden Mitbrüder der Oeffentlichkeit übergeben zu dürfen."

Pat. bleibt den ganzen Tag in seinem Zimmer und macht Experimente. Den Kautschuk als Bindemittel und Klebestoff anzuwenden, ist stets der Grundgedanke seiner Erfindungen. An seiner Cigarre schmilzt er Kautschukpapier, sucht mit dieser Masse durch Befeuchten die verschiedensten Gegenstände zusammen zu bringen, und ist dann jedesmal erstaunt, wie fest die neue Kittsubstanz klebt. Auch in der Anstalt will er grosse Veränderungen schaffen, die Wärterzahl soll verringert werden, die Patienten sollen sich selbst die Zimmer reinigen, Teppiche und Decken sollen abgeschafft werden; die Menschen sollen sich nur mit einer Blouse bekleiden, einfacher essen, kurz alles, was nicht zum Leben gehört, soll als unnütz verbannt werden.

Im Anfang des Augusts macht sich eine gewisse nervöse Unruhe und Hast bei dem Patienten bemerkbar. Er geht stürmisch in seinem Zimmer auf und nieder und bleibt oft stehen, sich mit der Hand vor die Stirn schlagend, dabei hält er sich sehr abgeschlossen, besucht nicht mehr den Garten, klagt über nervöse Abspannung, schläft viel am Tage und wird durch lautes Sprechen z. B. bei Tisch in grosse nervöse Erregung versetzt. Während eines Gewitters kniet er am Fenster nieder und betet: Gott möge ihn durch einen Blitzstrahl tödten und ihn so von diesem irdischen Jammerthal erlösen. Als sein Wärter zufällig das Zimmer betritt, springt er auf denselben zu und traktirt ihn mit Schlägen, angeblich weil er ihn in seinem inbrünstigen Gebet gestört habe. Während er vorher die Absicht hatte, bis Weihnachten in der Anstalt zu bleiben, wünscht er jetzt, sofort entlassen zu werden, um seine Erfindungen verwerthen und seinen Plan durchsetzen zu können, sich von seiner Frau scheiden zu lassen und seine Jugendliebe zu heirathen. Seine Frau will er um Herausgabe von 360000 Mark verklagen, die gleiche Summe, welche ihm dieselbe durch ihre stetige Krankheit seit seiner Verheirathung gekostet habe, dann will er sich beim Militär melden und als Generalstabsarzt mit 3000 Thalern Gehalt anstellen lassen. Seine Schreiblust besteht fort. Patient ist stolz darauf, was er während seines Hierseins im Schreiben geleistet hat, macht Jeden darauf aufmerksam und sagt: „Hier steckt eine Masse Gold darin, aber ich mache mir ja aus dem Gelde nichts, i Gott bewahre, ich will nur dem Doctor beweisen, dass ich völlig geistig klar und gesund bin, und das sieht er ja sofort, sobald er das Schriftstück in die Hand bekommt, ich hoffe, er wird mich sofort entlassen.

Dabei überreicht er dem Arzte (am 11. August 1889) eine von ihm verfasste psychologische Selbststudie, in welcher er in entschieden schwachsinniger Weise zuerst in Versen seine Seelenkämpfe schildert und darauf sein tragisches Schicksal beklagt, wie er zuerst infolge einer Blutveriftung bei einer Operation hinsiechte und dann von seinen Angehörigen (die er mit den Einwohnern von Sodom und Gomorrha vergleicht) mit Hülfe eines falschen Propheten aus dem Stamme Juda (womit er den Dr. K. bezeichnet) schändlicher Weise in die Irren-Anstalt gesperrt sei.

Patient erzählt von sich in charakteristischer Schreibweise und Diction:

„Unmittelbar nach der Aufnahme in die Anstalt, verfiel Er! in einen heftigen Tobsuchts-Anfall! der aus gekränktem Ehrgefühl entsprungen! schliesslich zu einer vollständig ausgesprochenen Manie! mit wechselnden Recidiven von Exaltations- und Depressions-Zuständen bis zum heutigen Tage in so hohem Grade führte, dass eine vollständige Heilung dieses an und für sich schon so ausserordentlich schwierig zu heilenden Leidens kaum zu erwarten steht!

Aber auch eine scheinbare Besserung dieses so traurigen Zustandes wird entschieden noch viele Monate in Anspruch nehmen!

So wird dieses Unselige Opfer! der gemeinsten Intrigue! —

!!Seiner Eigenen Familie!!

Dauernden Schaden

nehmen!

An Seiner Seele!

Denn aus dem Reinsten u. Edelsten — !Idealisten! — u. — !Philanthropen! — ist Ein ausgesprochener — Misogene! (sic) — geworden! Der Einen Jeden! seiner Mitmenschen vom — pessimistischen — Standpunkt aus betrachtet!

Und hat Er! nicht etwa die — !**volle Berechtigung**! — zu dieser Seiner so Trüben! Welt-Anschauung!

— **Wer??** — wollte es — !!**Ihm**!! Verargen?

Wer auch nur annähernd — !Sein Tragisches Geschick! — kennt! — Wie es — !!**Tragischer**!! — Kein antiker — Poët — in Seinem Kühnsten Gedankenfluge — !!**Erdacht**!! — Wie es — !!**Tragischer**!! — Kein Lebender Erlebt! — !!Vergiftet!! — ward — !Sein edles Blut! — im Dienste seines Erhabenen Berufes (bezieht sich auf die Infection, die er sich bei einer Operation zuzog): — Zu Lindern mit Linder Hand Die Leiden der Leidenden Leidensgenossen! — !!Muthig!! — Kämpfte — !Er! — Weiter! u. Weiter! — Um zu Bekämpfen Die Böse Seuche! — welche Jehovah! gesendet über Sodom u. Gomorrha! — zur Strafe Ihrer Sünden! Denn die Einwohner von Sodom u. Gomorrha! (worunter seine Angehörigen und die Einwohner von X. gemeint sind) trachteten nicht! nach dem — !Himmlischen! — sondern nach dem — !Irdischen! — Und der Herr raffte hinweg! Die Edelste Blüthe der Kinder-Schaar! durch seinen Würg-Engel! — Und Er! riss! — Die junge Gattin von dem Herzen des geliebten Gatten! — Und — !Gebrochen! lag der Edle Retter der Menschheit! — Gebrochen an Koerper und Geist! — Und die sündigen Einwohner von Sodom u. Gomorrha hatten Nicht! Mitleid mit dem Unverschuldeten Unglück! — Und es war gerade an — !!Dem Heiligen!! Tage als — !!!!**Jesus Christus**!!!! gen — !!**Himmel**!! gefahren war! — „Von Dannen“ — „Er“ „Kommen wird“! — !!!**Zu Richten**!!! Die Lebendigen u. Die Todten.

† † †

Und es war im Jahre des Heils MDCCCLXXXIX. — Und:: Da Laeutete:: — Ein! falscher! Prophet (bezieht sich auf den Dr. K.) — Die Glocken von

Sodom u. Gomorrha. — Und Er war aus dem Stamme — **!Juda!** — Und Er ⁛ **Laeutete** ⁛ Leise ⁚ Leise ⁚ Leise ⁚ Lauter : Lauter : Lauter : ⁞⁞⁞ Du ⁞⁞ der Du ⁚ Linderst mit linder Hand die Leiden der Leidenden Leidensgenossen ⁞⁞⁞ — **Du Bist Verlassen**: Von Gott!! Von Gott! Von Gott! Du! bist geschlagen! von Gott! von Gott! von Gott! Du! bist gezeichnet! von Gott! von Gott! von Gott! Du! bist gezeichnet! für Dein ganzes Leben! —

Schaut her! Seine sonst so sanfte Hand! Wie schaut wund sie aus! und wie weh! — „Niemals“ „Linderst Du nun mit Linder Hand die Leiden der Leidenden Leidensgenossen!“ — Du! Bist ein Gottes-Lästerer! ein Gottes-Lästerer! ein Gottes-Lästerer! — Du! nennst Dich! Gottes Sohn! Du bist des Teufels Sohn! des Teufels Sohn! des Teufels Sohn! — Denn sonst hätte — **!Gott!** Dich! nicht so hart gestraft! Er! der die Seuche sandte über die Ungerechten! Er! hat auch Dich! getroffen, Du Ungerechter! Denn Du bist abgefallen von Gott! und bist ein — !!Teufel!!

Schaut Mich! Mich! den Unverschämtesten! Niederträchtigsten! Gemeinsten! Schmutzigsten! — !!Frechsten aller frecher Juden!! aus dem Stamme **!!Juda!!** — Schaut Mich! Der Ich an Keinem Menschen ein gutes Haar lasse! Mich! Der Ich ein Teufel! in Menschengestalt! Mich! Der Ich Klug wie die Schlange! — **!Ich!** spritze mein **!Gift!** nicht nur über Sodom u. Gomorrha! Nein! Nein! Weit! Weit! In ferne Städte! In ferne Länder! — Ich spritze aus „das Gift!“ — Der Verleumdung! Der Ehrabschneidung! Der Lüge! Der Freiheits-Beraubung! Des Mordes! Der Nothzucht! Der Gehirn-Erweichung. — !Alles dieses Gift! spritze Ich aus, wenn Ich Jemand verderben will! — Und so schaut — **!Hier!** Klar und Deutlich: Jener Gottes Lästerer der von **!Gott!** gezeichnet ist! — **!!Ich!!** Sage Euch: Kraft Meiner!! Göttlichen! Eingebung!! die Ich! von **!!!Gott Selbst!!** habe! — Kraft Meines Amtes als Nachfolger!! **Jesu Christi!!** — Kraft meiner Goettlichen Mission als — **!!Messias!!** — !Gott Selbst! — Thut Euch Kund: — Durch! Meinen! Mund! — Du, der Du linderst die Leiden der Leidenden Leidensgenossen mit linder Hand: Du bist Verrückt! und gehörst in eine Irren-Anstalt.“ —

Während die Lähmungserscheinungen stetig fortschreiten, zeigen sich immer grössere geistige Defecte. Patient hat nicht das geringste Verständniss für seinen Zustand, er fühlt sich geistig befähigter als je, rühmt sich täglich seiner Geistesfrische und völligen Gesundheit: Sein Geist wäre hier entschieden klarer und frischer geworden, seine geistige Befähigung habe sich hier bedeutend gesteigert, denn er wäre früher nie auf solche famosen Ideen und gediegenen Einfälle gekommen.

Dabei ändert Patient fortwährend seine Entschlüsse und Pläne, und demgemäss wechselt auch häufig seine Stimmung. Bald gedenkt er noch einige Monate in der Anstalt zu bleiben: Er könne von hier aus seine Angelegenheiten in X. entschieden am allerbesten ordnen, hier habe er ja die beste Zeit und Ruhe, sich alles reiflich zu überlegen, um seine Gegner und Verleumder „aber gründlich“ zu fassen. Nach kurzer Zeit dagegen schon trifft man ihn unruhig und erregt, er drängt hinaus, schimpft über die Aerzte: Es wäre eine bodenlose Frechheit, ihn, ganz gesunden, geistig völlig klaren Menschen hier zurückzuhalten, er käme um Ehre und Vermögen, seine Gegner erhielten ihm gegenüber einen immer grösseren Vorsprung, noch heute Abend müsse er abreisen, um je eher je lieber diesen Lumpen zu beweisen, wie schurkenhaft sie gegen ihn gehandelt hätten.

Eins seiner Scripta vom 11. August, in welchem er seinen Lebenslauf erzählt, und das auch sonst noch manches Interessante bietet, möge im Wortlaut theilweise hier Platz finden. Nach einigen kurzen Bemerkungen, wie er dazu kam, die Anstalt aufzusuchen, fährt er fort:

„Ich stehe hier auf der Höhe der Situation und habe sämmtliche Intriganten, an hervorragender Stelle meine Frau, in die Falle, die sie mir legen wollte, damit ich ihr ja nicht weglaufe, wie ich ihr vorher bestimmt erklärt hatte! hineinfallen lassen, und nun zappeln alle die boshaften Katzen und Schlangen und können sich nicht losmachen! Doch ich will von vorne anfangen!

Wie Sie sich noch erinnern werden, Geehrter Herr College! datirt die erste Entstehung meiner Geisteskrankheit von einer Blutinfection, die ich mir im Oktober 1888 zuzog, und die meinen ganzen Körper durchseuchte! Wenn nun schon selbstverständlich eine so schwere Erkrankung der sämmtlichen Gewebe des Körpers an und für sich ausreichen kann, um auch die Gehirnsubstanz in krankhafte Mitleidenschaft zu ziehen, so ist dies doch durchaus nicht der einzige Grund zu Gehirn-Erkrankungen bei mir gewesen! Vielmehr haben die ganzen Lebensverhältnisse dazu beigetragen, vorübergehende Störungen in meinem seelischen Befinden hervorzurufen, die ich allmählich selbst immer besser und besser kennen lernte, um dann rechtzeitig Vorsorge zu treffen, dass solche Abweichungen von der normalen Gehirnthätigkeit nicht zu sehr überhand nahmen. So war es von vorneherein mein feststehendes Princip, das *γνῶϑι σαυτὸν* in den Vordergrund zu stellen! Und ich hatte alle Veranlassung dazu!

Von idealen, geistig sehr hochstehenden Eltern geboren, in derselben Sphäre aufgewachsen, wandte sich mein Blick nie nach den Vortheilen dieser Welt! sondern die geistigen Güter standen mir immer obenan! Und so ging ich auch sehenden Auges eine in den Augen der gewöhnlichen Menschen unbegreifliche, weil nach allgemein menschlichen Anschauungen unglückliche Ehe ein, indem ich wissentlich eine kranke und unentwickelte Frau heirathete! (Sie hatte in Folge einer allgemeinen Peritonitis als Braut von 17 Jahren eine starre Anteflexio uteri mit Endometritis zurückbehalten!) Und doch wurde diese Ehe keine unglückliche! Da ich meine zukünftige Frau von ihrem 3. Lebensjahre an kannte, so war jede Enttäuschung für mich ausgeschlossen! Characteristisch für unser gegenseitiges Verhältniss ist folgende Reminiscenz aus meiner Kinderzeit:

Der älteste Sohn des Prof. N. N. war mein intimster Freund, ein hochbegabter Junge, mit dem ich von Unter-Tertia an als Rivale die Schulbänke bis zum Abiturienten-Examen zusammen gedrückt habe; natürlich wuchs ich im Hause von Prof. N. zusammen mit seinem Sohne und seinen beiden Töchtern auf!

Auffallend waren mir gleich die verhungerten Gesichter! während ich strotzte vor Gesundheit und Appetit! N.'s waren schmutzig geizig und darbten sich und den Kindern das Essen ab, was um so schlimmer war, als der alte N. Kehlkopftuberculose hatte, und sich selbstverständlich die Tuberculose vererbte. Man sollte es nicht glauben, wie ein so bedeutender Arzt an seinen! eigenen! kranken Kindern! so handeln konnte, wie N. es gethan!

Sein Sohn bekam während des Abiturienten-Examens die erste Haemoptoë. Anstatt ihn nun gleich von jeder Thätigkeit abzuhalten und ihn ordentlich zu pflegen! wurde er in den Osterferien 1867 auf einige Tage an den Bodensee geschickt und fing dann ruhig an, in E. mit dem Sommersemester Medicin und Naturwissenschaft zu studiren! Bei dem colossal lebhaften, geistig regen Knaben! Natürlich schlechte Pension etc. In den Sommerferien 67 trafen wir uns in Y., da sah ich ihm den Todescandidaten schon an. Nichts geschieht. Er studirte weiter und kam Winter 70/71 nach Y., um zum Doctor-Examen physicalische Untersuchungen zu machen! Wir konnten unsere Thränen gar nicht hemmen, als ich im October 1870 Abschied von meinem geliebten C. nahm, um als Feld-Assistenz-Arzt direct gegen Strassburg zu ziehen! Ich wusste, dass ich meinen geliebten C. nie wieder sehen würde.

Am 17. Januar, gerade als wir auf Vorposten gegen Bourbacki lagen, im schwierigsten Theil des Krieges, kamen unter den angesammelten Briefen 5 Todesnachrichten auf einmal von allen meinen Bekannten. „C. N. ist tot.“ Natürlich! sagte ich mir, ein Opfer des schmutzigen Geizes seines Vaters! Ebenso wie O. in Görbersdorf nur nothdürftig ausgeflickt wurde, um zu heirathen, und dann durch bessere Kost sich zu erholen, während sie zu Hause ganz ebenso sicher verhungert wäre wie C. und J., wenn ich sie nicht mit einem Kostenaufwand von 4000 bis 5000 M. p. a. 12 Jahre lang! aufgepäppelt hätte!

Dieser schmutzige Geiz erreichte darin seinen Gipfel, dass Prof. N., trotzdem er seiner Tochter nicht einen Pfennig Zuschuss gegeben hatte, sondern sie ruhig von mir unterhalten liess, ja sogar selbst gern zu uns sich auffüttern kam, auch meine Equipage gern benutzte, schliesslich auf Veranlassung der liebenswürdigen Schwester seine Tochter enterbte, „weil sie Krebskrank war und keine Kinder hatte! während die Schwester 5 Kinder hat!“ Damit ist gleichzeitig der Hauptcharacterzug der Familie N. gezeichnet: Die Falschheit! Die alte Klapperschlange hatte die beiden jungen Vipern mit Gift genährt, das sie gegenseitig gegen einander, und namentlich meine Frau auch gegen mich ausspritzten!

Somit war also meine letzte Hoffnung, irgend eine Entschädigung für die Unterhaltung meiner von der Verlobungs-Zeit an kranken, siechen, elenden Frau bei dem Tode Eines der Eltern zurückerstattet zu erhalten, vollständig verschwunden! Meine ganze brillante Einnahme von ca. 15000 M. p. a. war in 13 Jahren der Ehe ausgegeben, also rund gerechnet ca. Zins auf Zins: 300 000 M. Ich stehe also jetzt ohne einen Pfennig Vermögen da; und doch fuhr ich stolz und ruhig, nachdem ich Alles nach dem Todesfall in Y. geordnet hatte, ab, sah voller Verachtung auf den schmutzigen Geiz, der das viele Geld durch Wucherpapiere zusammen gescharrt hatte, fuhr nach X., übernahm wieder meine Praxis und sagte mir: „Mein Geist ist mein Capital!“

Der Verlauf unserer Ehe war, kurz geschildert, folgender: Gleich den ersten Sommer musste die Frau nach K., nach ihrer Rückkehr bekam sie einen lebensgefährlichen Rückfall ihrer Peritonitis, der 1½ Jahre dauerte! dann ging es so weiter: Elster 2 mal, Franzensbad 3—4 mal, ferner Sommeraufenthalt Monate lang bei den Eltern, von denen sie dann immer so schlecht beeinflusst zurückkam, dass ich Mühe hatte, sie wieder zu erziehen! Sie können sich also meine Situation denken!

Nur angestrengteste Thätigkeit nach den verschiedensten Richtungen hin, Politik, communale Thätigkeit, Krankenhaus von 100 Betten 8 Jahre lang, sämmtliche Ortskrankenkassen, die ganze Landpraxis, Armenpraxis, kurz Alles, was nur irgend Arbeit gab! Unser geistiges Verhältniss war das zweier guter, geistig gleich hochstehender Freunde, 2 harte Mühlsteine, die oft an einander geriethen, namentlich da bei meiner Frau eine gute Portion Eigensinn und Egoismus, Eigenschaften, die schon in der Kindheit ihren Eltern gegenüber oft zum Vorschein kamen, sich unangenehm geltend machten“ u. s. f.

Ein anderer seiner Briefe an seine Schwiegermutter und seine Frau vom 6. November 1889 lautet u. A.:

„Mit jeder Minute länger, die Sie mich hier in dem Sumpf drin lassen, vergrössert sich Ihre schon so grosse, unaustilgbare Schuld! Ich erkläre Ihnen hiermit feierlich auf Ehre: Falls Sie nicht sofort, umgehend, nach Empfang dieses Briefes sei es auf telegraphischem Wege sei es per Brief den Lumpen B. veranlassen, mich bis Sonnabend zu entlassen! damit ich nach X. fahren kann und dann bereit bin, über meine Vorschläge, die ich Ihnen gemacht habe, mündlich bei meinem Rechtsanwalt D. weiter zu verhandeln, so veröffentliche ich in allen Zeitungen die ganze Gemeinheit und Niedertracht, die gegen mich verübt ist: Von dem Selbstmord des Prof. N. an bis

zur Veröffentlichung seines gemeinen, niederträchtigen Testaments, worin er meine Frau enterbt, die ich 13 Jahre lang fürstlich unterhalten habe, so dass meine ganze brillante Einnahme von ca. 300 000 M. drauf gegangen ist, und ich jetzt am Bettelstabe stehe, bis zu meiner Internirung in ein Irrenhaus durch dieselbe theure Frau! Sie haben die Wahl: Entweder bin Ich! am Sonnabend frei, Oder: Sie kommen in's Zuchthaus!" —

Sobald Pat. entlassen ist, will er sich mit seiner früheren Braut, seiner ersten und alten Liebe in Verbindung setzen, sie sofort nach der Scheidung von seiner jetzigen Frau heirathen und ein frohes und glückliches Leben beginnen.

Seine Verwirrtheit und Aufregung sind in steter Zunahme begriffen, eine verrückte Vorstellung treibt die andere. Er verfällt auf ganz sinnlose Ideen und Einbildungen, durch welche er glaubt, seine sofortige Entlassung bewirken zu können, schreibt dann eiligst mehrere lange Briefe und in den höchsten Wonnegefühlen schwelgend jauchzt er: „Jetzt ist das Köpfchen klar, jetzt hab ich's, jaaa jetzt hab ich's sicher, passen Sie nur auf, ich werde heute noch entlassen, na wenn auch heute nicht, morgen aber ganz sicher; warum nicht früher der glückliche Gedanke, dann wäre ich gewiss schon lange in X., hätte meine ganze Praxis erhalten und längst alle Unannehmlichkeiten beseitigt."

Dann wieder, wenn Patient die Erfolglosigkeit seiner Bemühungen erkannt hat, ist er reizbar und verstimmt und sucht mit den Mitpatienten und dem Hauspersonal Streit anzufangen; überall findet er Gelegenheit, zu tadeln und zu zanken, und in hochgradiger Aufregung greift er schliesslich wieder zur Feder, um umfangreiche Beschwerde-Schriften über die Aerzte, über die Inspektorin, über die Wärter aufzusetzen und dadurch seinen Gefühlen Luft zu machen.

Während dieser maniakalischen, dementen Zeiten nahmen die Lähmungen beständig zu. Es trat, ohne sonstige Veranlassung, Nekrose der Maxilla inferior ein, welche trotz der sorgfältigsten Behandlung immer weitere Fortschritte machte. Pat. schloss sich von jedem Umgang ab und wurde selbst gegen Schreiber dieser Zeilen, zu dem er sich immer noch aus früherer Bekanntschaft her hingezogen gefühlt hatte, aggressiv oder nichtachtend. Sein schweres körperliches Leiden kam ihm gar nicht zum Bewusstsein, ebenso wenig sein psychischer Bankerott. Niemals dagegen zeigte er den hochgradigen Schwachsinn mit Grössenideen, wie wir ihn bei der intellectuellen Variante zu bemerken gewohnt sind. Es lag in seinem Gebahren immer noch Methode.

Der fortschreitende cariöse Process machte seinem schweren Leiden bald ein Ende.

Krankengeschichte 8. Eigene Beobachtung. Gallopirende Paralyse (Paral. foudroyante). Herr N., Offizier, 39 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in der Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sind. Der Vater des Patienten war in seinen letzten Lebensjahren an den Beinen gelähmt, aber geistig bis zuletzt intact.

Pat. selbst will körperlich immer gesund gewesen sein, soll sich nicht specifisch inficirt haben. Er wurde mit $17\frac{1}{2}$ Jahren Lieutenant, machte als solcher den Krieg von 1870/71 mit, in dem er eine grosse Kopfwunde links dadurch erhielt, dass er mehrere Minuten vom Pferde geschleift wurde. Ueber die Heilung ist nichts Näheres bekannt. Bis vor 2 Jahren war Pat. durchaus leistungsfähig im Dienst. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren machte er im Dienst einige leichte Anfälle durch, in denen er die Sprache verlor und beim Gehen stark schwankte. Vor $\frac{3}{4}$ Jahren erster, schwererer apoplektischer Insult: Aphasie, Hemiplegie rechts $\frac{1}{4}$ Stunde lang. Seitdem machte Pat. öfter grosse Geldausgaben, ohne darüber hinterher Auskunft geben zu können. Allmählich wurde die Sprache schlechter, das Gedächtniss schwach und der Gang schwankend. Vor einigen Wochen trat infolge massenhafter Hallucinationen ein mehrere Tage dauernder Erregungszustand ein, der mit einem apoplektiformen Anfall endete. Seitdem ist die Sprache

stark gestört (Silbenstolpern), und der Gang so schlecht, dass Pat. kaum allein zu gehen vermag.

9. Juli 1891. Dritter, schwerer apoplektiformer Anfall mit Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie für eine Viertelstunde. Seitdem war Pat. verwirrt und schlaflos. Nur grosse Dosen Opium konnten ihn beruhigen.

12. Juli 1891. Aufnahme in die Anstalt. Pat. ist ziemlich stark abgemagert, Haut welk, im Gesicht schmutzig bräunlich gefärbt. Patellarreflex erloschen. Pupillen mittelweit, ihre Reaction nicht zu prüfen. Patient ist so ruhelos infolge dauernder Gesichts- und Gehörshallucinationen, dass überhaupt eine genaue körperliche Untersuchung nicht möglich ist. Sprache mühsam, meist ganz unverständlich lallend. Abends erhält Pat. 2,0 Sulfonal.

13. Juli. Pat. war Nachts häufig ausser Bett, führte leise Selbstgespräche, sang auch zuweilen. Er weiss nicht, wo er sich befindet, glaubt Schiessen zu hören, drängt zur Thür hinaus, um zum Major zu laufen, wie er sagt. Er nimmt selbstständig keine Nahrung. Den Tag über 4,0 Sulf. refract. dos.

14. Juli. Die Nacht bis 3 Uhr wie gestern, von da ab Schlaf. Pat. sieht aber sehr verängstigt aus, die Worte seiner Selbstgespräche sind unverständlich. Er faltet die Hände und fällt unzählige Male auf die Kniee, so dass diese Abends ganz geröthet und geschwollen sind. Nahrungsaufnahme gering, Pat. nimmt nur Flüssiges zu sich.

15. Juli. Nach 4 mal 0,5 Sulfonal von 4 Uhr ab Schlaf. Körpergewicht 131 Pfd. Pat. ist fortgesetzt ruhelos unter dem Einfluss der Hallucinationen. Trotz der Verbände um die Kniee versucht er es immerfort, auf die Kniee zu fallen. Sulfonal wie gestern.

16. Juli. Nachts ruhiger. Verhalten bei Tage unverändert. Abends Morphium 0,01 injicirt.

17. Juli. Schlaf mit Unterbrechungen. Pat. liegt fast ununterbrochen auf den Knieen. 3 Mal 10 Tropfen Tct. Opii simpl. Nahrungsaufnahme sehr gering. Abends muss Pat. wegen Ischurie (seit dem Morgen) katheterisirt werden und zwar wegen seiner Unruhe in Chloroformnarkose. Dabei sind mehrere Stricturen im hinteren Theil der Harnröhre zu constatiren.

18. Juli. Schlaf gut. Verhalten unverändert. Opium wie gestern.

19. Juli. Schlaf mit Unterbrechungen. Pat. rutscht im Zimmer auf den Knieen herum. Er trägt dauernd Verband um dieselben.

20. Juli. Dasselbe Verhalten.

21. Juli. Pat. hat die ganze Nacht ruhig gelegen, aber nur wenig geschlafen. Er bleibt auch den Tag über ruhig liegen. Morgens Temperatur 37,6°, Athmung regelmässig, 30, Puls 114. Pat. lallt nur, schlägt die Augen auf Anrufen auf, Pupillen mittelweit, reagiren kaum, Kremaster-Reflex fehlt rechts, ist links schwach. Bis Mittag vereinzelte Zuckungen in den drei ersten Fingern links, in beiden Füssen und den Adductoren beider Oberschenkel. Keine deutlichen Lähmungen. Wegen Ischurie Katheterisirung (wieder in Narkose wegen starken Sichsträubens des Pat.). Temperatur Abends 38,6°.

22. Juli. Nacht ruhig. Morgens Temperatur 39,0°. Pat. vermag seit gestern Mittag nichts mehr zu sich zu nehmen. Er liegt soporös da, reagirt aber auf Anrufen. Keine Muskelzuckungen mehr. Kampher-Injection von 0,2. Mittags verfällt Pat. rasch. Cyanose. $3^3/_4$ Uhr Nachmittags Tod.

Section wurde nicht gestattet.

DRITTES CAPITEL.

Paraphrenia katatonica, Katatonie (Kahlbaum), der attonische Wahnsinn (Schüle), der pseudo-hallucinatorische Stupor (Binswanger).

Litteratur.

Baillarger: De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de Stupidité. Annal. méd.-psychol. I. 1843 p. 76 s., p. 256 s. — Baillarger: De la mélancholie avec stupeur. — Pinel: Traité de pathol. cérébrale. Par. 1844. p. 250. — Esquirol: Geisteskrankheiten, übers. v. Bernhard, II. p. 125. — Ellis, Traité etc. par Archambault. Par. 1840, p. 199. — Séglas et Charlin: La Catatonie, Arch. de Neurol. 1888. XV. p. 254. — Tamburini: Ueber Katatonie, übersetzt von Fränkel und Cionini, Betz's Irrenfreund 1887, Nr. 8 u. 9. — Kahlbaum: Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, Heft 1: Die Katatonie, Berlin 1874. — Neisser: Ueber die Katatonie, ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie, Inaugural-Dissert. Stuttgart 1887. — Schüle: Der attonische Wahnsinn — die Katatonie. Klin. Psychiatrie p. 195—211. — Salgó: Der Stupor, Comp. p. 71—81. — Kraepelin: Melancholia attonita (Stupor), Psych. p. 236—241. — v. Krafft-Ebing: Die Melancholia cum stupore s. attonita s. stupida. Psych. p. 354—363. — Ders.: Die Stupidität oder primäre heilbare Dementia, ibid. p. 386—396. — Arndt: Vesania legitima katatonica, Lehrbuch p. 441—447.

Einleitung.

Die Melancholie mit Stumpfsinn (Griesinger).

§. 345.

Unter obiger Bezeichnung beschreibt Verfasser dieses Buches eine Psychose, in deren höheren Graden die Kranken äusserlich ein Bild des Blödsinns darstellen.

Sie sind gänzlich verstummt, vollkommen unthätig, ohne stärkere äussere Anlässe fast unbeweglich, ihr Aussehen ist stupid, ihr Gesichtsausdruck der einer allgemeinen tiefen psychischen Oppression, einer wahren Vernichtung; nur der Blick solcher Kranken zeigt nicht die dem Blödsinn angehörige Nullität, sondern den Ausdruck eines schmerzlichen Affects, der Traurigkeit, Angst, oder ein in sich gekehrtes Staunen. In den höchsten Graden ist meist eine bald partielle, bald allgemeine Anästhesie der Hautoberfläche und ebenso ein Zustand der höheren Sinnesorgane vorhanden, wobei die Gesichts- und Gehörs-Eindrücke ganz undeutlich, confus, oft nur wie aus der Ferne percipirt werden.

Die willkürlichen Muskeln fühlen sich bald gespannter, rigider, bald schlaff an, gar nicht selten bilden sich vollkommen kataleptische Zustände aus, mit Beibehaltung der gegebenen Stellungen, und manche Beobachtungen über sogenannte Katalepsie gehören in der That ganz dieser Form an; immer ist die Beweglichkeit der Glieder durch den

Willen sehr vermindert, zuweilen fast aufgehoben; es besteht ein Zustand wie von Gebundenheit der ganzen motorischen Seite der Gehirnprocesse.

Dabei haben die Kranken meistens ebenso das Bewusstsein von Zeit und Ort, als das Gefühl ihrer körperlichen Bedürfnisse verloren; sie sind höchst unreinlich, man muss sie füttern, ankleiden, zu Bette bringen etc. Gewöhnlich magern sie dabei sehr ab, es bildet sich schnell Marasmus aus, und der Tod ist in dieser Form nicht eben selten.

Wie verhält sich nun aber das innere psychische Leben bei solchen Kranken? — Die Genesenen geben in den exquisiten Fällen hierüber die merkwürdigsten Aufschlüsse. Weit entfernt von der psychischen Leerheit des Blödsinns, hört in der Mehrzahl der Fälle das Vorstellen nicht auf, lebhaft thätig zu sein. Aber der durch die erwähnte Anomalie der Sinnesperception seiner realen Umgebung entrückte Kranke lebt in einer imaginären Welt. Die Wirklichkeit ist ihm untergegangen, wie vor ihm versunken, Alles um ihn her ist verwandelt. Eine schreckliche innere Angst ist der Grundzustand, der ihn zum Ersticken quält, und aus ihm gehen die Vorstellungen alles in jedem Augenblicke drohenden Unglücks, des Einstürzens der Häuser, des Untergangs der Welt, einer allgemeinen Vernichtung eben sowohl, als einzelner Wahnideen schwerster, eigener Verschuldung, Verworfenheit etc. hervor.

Der Kranke kann nicht wollen und fühlt deshalb die Unmöglichkeit, sich dem Schrecklichen, was von allen Seiten auf ihn eindringt, zu entziehen. Er kann später meistens nicht sagen, warum er zu dem geringsten Willensacte unfähig war, warum er nicht antwortete, nicht einmal schreien konnte; Esquirol hat uns jedoch den interessanten Ausspruch eines solchen Genesenen aufbewahrt: „Dieser Mangel an Activität kommt daher, weil meine Empfindungen zu schwach sind, um auf meinen Willen einen Einfluss auszuüben.“ — Es zeigt sich aber die Willenlosigkeit am deutlichsten in der vollständigen Passivität, Unthätigkeit und Unbeweglichkeit der Kranken, wiewohl auch hier intercurrirende Zustände grösserer Activität zuweilen vorkommen, in derselben Weise wie manche Kranke auch zwischendurch ein kurzes Bewusstsein, einen Schimmer der wirklichen Welt bekommen können.

Meistens verbinden sich mit dieser äusseren Unempfindlichkeit, der Aufhebung des Strebens und dem exclusiven traurigen Delirium, Hallucinationen und Illusionen von demselben Charakter. Der Kranke hört Stimmen, die ihm Vorwürfe machen, ihn beschimpfen, ihn mit dem Tode bedrohen oder einen confusen Lärm von Glocken, Trommeln, Kanonen etc., er sieht Gespenster, Leichenzüge, unterirdische Gewölbe, Vulcankrater, die sich vor seinen Füssen öffnen, er sieht zu, wie man seine liebsten Angehörigen martert etc. Er glaubt sich in einer Wüste,

in der Hölle, auf den Galeeren zu befinden etc.; kurz, der völlig veränderte subjective Antheil an der Sinnesperception und die daraus hervorgehende Umgestaltung aller Eindrücke lässt ihm alles Aeussere, was er noch percipirt, nur in Formen und Bildern erscheinen, die dem herrschenden Affecte adäquat sind, wobei zugleich ein bedeutender Grad von Verwirrtheit des Vorstellungslebens charakteristisch ist.

Die Entstehung der schmerzlichen, widrigen Affecte, Vorstellungen und Bilder im Gehirn findet dabei ihre vollkommene Analogie in dem Auftreten sonderbarer, neuer, widerwärtiger Empfindungen (Formication, Stechen, Kälte etc.) in den abgestumpften (eingeschlafenen) sensitiven Nerven, und wir werden diese Vergleichung mit einem Halbschlaf- und Traumzustand um so passender finden, da in einer gewissen Anzahl hierher gehöriger Fälle ein offenbarer Gehirndruck sich nachweisen lässt. Die Kranken selbst, wenn sie wieder anfangen, lebhafter zu werden, selbst zu essen, sich zu beschäftigen, kurz sich zu erholen, sind erstaunt wie Erwachende, fragen oft, wo sie denn seien, finden sich erst allmählich zurecht und vergleichen ihren Zustand einem schweren Traum, ihre Genesung einem Erwachen.

§. 346.

Doch ist nicht immer während der Dauer dieser Psychose eine solche Mannigfaltigkeit widriger Empfindungen, Vorstellungen und Bilder, wie erwähnt wurde, vorhanden; manchmal ist es mehr ein Halbschlaf ohne deutliche Träume, ohne jene lebhaften Hallucinationen etc., ein der Aussenwelt entfremdetes Insichversinken, dem wenig geblieben ist, als das Gefühl tiefer innerer Verstörtheit und Willenlosigkeit, wo die psychischen Processe allerdings eine Art von Suspension erleiden, der Kranke aber doch ein Bewusstsein dieses seines Zustandes hat. Vielleicht scheint es zuweilen auch nur so, wenn die Kranken später ungenügende Rechenschaft von ihrem Zustand zu geben oder sich desselben nur so schwach zu erinnern vermögen, dass keine so auffallenden psychischen Anomalieen zu Tage kommen. Daher konnte es auch ausgezeichneten Beobachtern (Esquirol, Georget, Ellis) begegnen, diese Zustände als Blödsinn aufzufassen, und die von Etoc-Demazy (1833) angegebene, von Pinel (1840, 1844) ganz mit Unrecht verallgemeinerte Thatsache, dass bei Einzelnen dieser Kranken ein Gehirn-Oedem, also Gehirndruck sich findet, war dieser Betrachtungsweise nicht ungünstig. Doch ist einerseits dieses Gehirn-Oedem im Geringsten nicht constant, andererseits werden die obigen, den Berichten der Genesenen selbst entnommenen Angaben hinreichen, den inneren Unterschied dieser Psychose von dem Blödsinn in's Licht zu setzen. Jene verhält sich zu diesem wie in den sensitiven Nerven vorübergehend ver-

minderte Empfindung der äusseren Eindrücke mit Schmerz und neuen anomalen Empfindungen zur dauernden völligen Anästhesie. Wie aber jener Zustand theils auf derselben Ursache (Druck) beruhen kann, wie dieser, theils nicht selten nur diesem voran und bald in ihn übergeht, so kann auch der melancholische Stumpfsinn bei längerer Dauer in wirkliche dauernde Schwäche des psychischen Lebens mit Aufhören des schmerzlichen Affects, in Blödsinn, übergehen. Zur äusseren Unterscheidung beider Zustände dienen, ausser der schon erwähnten Rücksicht auf den Gesichtsausdruck und namentlich den Blick der Kranken, theils eine in manchen Fällen primitive und sehr rasche Entstehung, theils die häufige Abmagerung mit schmutziger Gesichtsfarbe und unordentlichen Secretionen, der seltene Schlaf, der grössere Widerstand gegen passive Bewegung, die Spannung in den Muskeln, das nicht selten vorkommende Verweigern der Nahrung und die zuweilen gemachten Selbstmordversuche, welche beide bei Blödsinnigen nicht leicht vorkommen. Wenn diese Zustände nicht in Blödsinn übergehen, so währen sie in der angegebenen Weise selten länger als einige Monate; viele Kranke genesen, und zwar meistens schnell, in der Form eines Erwachens aus Träumen. Drastika und Vesicatore zeigen oft einen evidenten Nutzen. Der Tod erfolgt manchmal unter Zunahme der Erscheinungen des Gehirndrucks (sehr langsamem Puls etc.) manchmal als Ausgang eines allmählich gesteigerten, auf intensivem Darmkatarrh oder Lungenphthise beruhenden Marasmus; einmal sahen wir ihn durch Selbstmord erfolgen.

I. Allgemeines Bild.

§. 347.

In vorstehender Ausführung beschrieb Verfasser d. B. die sogenannte Schwermuth mit Stumpfsinn; es hat demselben ein anderes Krankheitsbild entschieden vorgeschwebt, er beschreibt es ja auch deshalb als eine besondere Form der Melancholie, nur ist es nicht so scharf und präcis gefasst und beobachtet, wie von Kahlbaum und Schüle. Kahlbaum hat es als eine selbstständige Krankheitsform erkannt und nach seiner Erscheinungsweise als Katatonie oder Spannungsirresein beschrieben. Schüle versteht unter attonischem Wahnsinn oder Katatonie eine specielle Form des acuten hallucinatorischen Wahnsinns, gekennzeichnet durch eine motorische Spannungsneurose, während das Bewusstsein sich vor jeder Perception abschliesst.

An die Melancholia attonita anknüpfend hat Kahlbaum nachgewiesen, dass diese nicht, wie gewöhnlich angenommen, eine eigene Krankheitsform, sondern nur ein Stadium einer Paraphrenia alternans s. complexa im Anschluss an mannigfaltige andere Zustände ist. Zugleich

weist er (l. c. p. 45) nach, dass es bei diesen Zuständen sich nicht nur um depressive Gefühle und depressive Vorstellungen handele. Denn zunächst zeigen die Fälle mit maniakalischem Stadium nicht nur alle übrigen Charaktere der Manie, wie Ideenflucht, Agitation, sondern auch häufig genug eine bis zur Uebermüthigkeit heitere Stimmung, gesteigertes Selbstbewusstsein und Wahnvorstellungen mit expansivem Inhalt. Sodann sieht man auch bei den Kranken im Zustande der Attonität zuweilen ihre sonst starren Gesichtszüge sich mit einem entschiedenen Lächeln und selbst mit einem hörbaren Lachen beleben, und aus ihren später gegebenen Mittheilungen geht zuweilen hervor, dass sie zeitweise unmotivirt von heiteren Gefühlen erfüllt wurden. Dies bestätigt auch Meynert, wenn er (Klin. Vorl. üb. Psych. pp. 17 u. 55) ausführt: In der Attonität (der Erstarrtheit eines vom Blitz Getroffenen) ist in den motorischen Organen nicht durch bestimmte anatomische Veränderung, sondern durch Ernährungsstörung die Functionsfähigkeit aufgehoben. Mit den Hemmungen der Melancholie hat die Katatonie nichts zu thun, die häufigste Aeusserung ist bei ihr ein Lächeln als Zeichen einer heiteren Verstimmung, eines verwirrten Grössenwahns. Auf der Höhe der Zustände besteht nicht das Gefühl der Angst, sondern vollkommener Gedankenstillstand.

Indem Kahlbaum die, namentlich in der Attonitätsperiode, aber auch über die ganze Krankheit hin sich findenden krampfartigen Störungen der motorischen Sphäre besonders hervorhebt, sucht er ein der progressiven Paralyse entgegengesetztes Krankheitsbild zu entwerfen, welches er dem entsprechend als Spannungsirresein bezeichnet.

Kahlbaum (l. c. p. 87) definirt die Katatonie als eine Gehirnkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesammtbildern aber eins oder auch mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen.

In jenen Stadien, besonders in den beiden letzten, überwiegt ein Zustand von partieller oder öfter allgemeiner muskulärer Spannung und fast tetanischer Starrheit. Dieser Zustand geht zeitweilig in eine motorische Thätigkeit über, welche durch die fortwährende Wiederholung derselben Bewegungen nach Art rhythmischer Krämpfe oder sogar convulsivischer Zuckungen charakterisirt ist.

Unter den psychischen Erscheinungen ist das vorherrschende Moment die Schweigsamkeit, der Mutacismus (Negativismus), das einzige active Symptom stellt die Verbigeration dar, die vorzugs-

weise in einer monotonen Wiederholung derselben Worte besteht (Tamburini).

Die motorische Starre kann einen plastisch gewordenen Wahngedanken darstellen (Fechter-Prediger-Attitüde), oder rein „organisch“ sein ohne geistige Formung. Demnach steht der psychische Zustand auf der Traumstufe der Verrücktheit oder auf der des (katatonischen) Stupors. In letzterem Falle geht die eventuelle Genesung durch einen Schwächezustand mit katatonischen Reminiscenzen hindurch. Der Verlauf ist cyklisch mit Betheiligung des vasomotorischen Systems. Der Ausgang ist Genesung oder bleibende Geistesschwäche (Schüle, l. c. p. 195).

II. Aetiologie.

§. 348.

Unter den prädisponirenden Ursachen ist nach Kahlbaum, ebenso wie bei der Paralyse, auch bei der Katatonie ein Einfluss der Erblichkeit nicht nachzuweisen. Im Gegensatze dazu betont Schüle, dass für die Katatonie stets eine invalide Constitution (angeboren oder erworben) Vorbedingung ist, und nach Arndt (l. c. p. 441), Binder u. A. handelt es sich stets um eine hochgradige psychopathische Diathese, um Leute mit starker erblicher Belastung, um chlorämische Individuen mit mehr oder weniger ausgesprochenen Degenerationszeichen. Die Geschlechter werden gleichmässig, besonders in den jüngeren Mitteljahren, auch schon während der Pubertät, von der Katatonie befallen. Unter den Patienten sind nächst den Lehrern und Lehrerssöhnen auch Theologen häufig vertreten, bei denen neben geistiger Ueberanstrengung beim Lernen und religiöser Gemüthserregung sexuelle Perversität und Onanie prädisponirend wirken, wenn nicht Nervosität und Anämie den Boden für das Leiden abgeben. Unter den Gelegenheitsursachen sind, neben der Schwangerschaft und dem Puerperium für weibliche Individuen, besonders Cerebralstörungen nach Erhängungsversuchen anzuführen.

III. Pathologische Anatomie.

§. 349.

Je nach dem Alter der Fälle zeigte sich die Entwicklung einer Wucherung in der Ependymalsubstanz vom stellenweisen schleimigen Belag bis zu vollständiger Bedeckung der ganzen Oberfläche der Hirnhöhlen mit glänzenden Granulationen. Ferner ist in jüngeren Fällen eine gewisse Hyperplasie, leichte Schwellung, grösserer Blutgehalt, reichlichere Gewebsdurchtränkung, bei mittlerer Dauer eine Uebergangsstufe zu mehr normalem Zustande, in den ältesten Fällen allgemeine Ver-

kleinerung des Gehirngewebes, Verringerung des Blutgehalts constatirt worden, und diese letzten Erscheinungen konnten bisweilen bei Anfängen der Erkrankung schon in localer Umgrenzung nachgewiesen werden. In allen Fällen fand Kahlbaum ausgedehnte Tuberculose der Lungen und der Abdominalorgane.

IV. Allgemeine Symptomatologie.

A. Psychische Symptome.

§. 350.

a) Formale Störungen. 1) Die Initialmelancholie hat vor den anderweitigen Formen der Schwermuth nichts Charakteristisches und erscheint in dem gegen sich selbst gerichteten Affect der depressiven Stimmung, verbunden mit Liebesgram, Selbstvorwürfen wegen heimlicher Geschlechtssünden, Vermögenssorgen und Klagen über verletzte Ehre oder Scham.

2) Das maniakalische Stadium der Exaltation äussert sich a) als agitirte Melancholie mit Angstausbrüchen und impulsiven Handlungen, b) als heitere Aufregung, c) als mehr fixirter Wahnsinn, theils mit exaltativen, theils mit depressiven Wahnideen.

Charakteristisch für die katatonische Manie ist ein pathetisches Benehmen entweder in der Form der schauspielerhaften Pose oder der tragisch-religiösen Ekstase; meist werden Trivialitäten in geschraubtem Tone vorgetragen oder mitten in der Zerstörungssucht oder unreinlicher Hantirung Gespräche über die tiefsten und ernstesten Probleme geführt.

3) Pathognomonisch aber für die Katatonie ist eine Art der Redesucht (Verbigeration — Kahlbaum), d. h. die Sucht, einzelne Worte und Sätze, ähnlich wie man es beim lauten Memoriren zu thun pflegt, im Tone der Rede oftmals zu wiederholen. Kahlbaum erklärt diese Erscheinung als einen gewissermaassen coordinirten Krampf innerhalb der centralen Sprach-Nervenbahnen.

Diagnostisch unterscheidet sich von der Verbigeration:

- die Plappersucht der Verwirrten und Schwachsinnigen durch ihren trivialen Inhalt;
- die Redesucht durch stoffreichen und stimmungsvollen Inhalt;
- die Ideenflucht durch fortschreitenden Inhalt;
- die Confabulation durch phantastisch-productiven Inhalt.

Beim Fortschreiten der Krankheit kann die Verbigeration in eine dieser Formen übergehen. Bei Paralytikern kommen auch Zeiten echter Verbigeration vor, doch bieten diese Fälle dann auch echte katatonische Erscheinungen (Kahlbaum).

4) Der Redesucht ganz entgegengesetzt scheint das Symptom des Verstummens, des Mutacismus zu sein, und doch ist derselbe ebenfalls aus einer Innervationsalteration der centralen Sprachleitung zu erklären, und es würde, wie jene den klonischen, so diese den tonischen Krampf derselben darstellen.

Der Mutacismus äussert sich in zwei verschiedenen Graden: a) als leises, kaum vernehmbares Sprechen, meist von wenigen kurzen Worten; Fragen bleiben meist unbeantwortet, selten erfolgen darauf einsilbige Antworten, häufiger beantwortende Gesten; b) als absolutes Schweigen, welches Kahlbaum bis zur Dauer von 5 Jahren beobachtete.

Als Motive für dieses Verstummen sind von Reconvalescenten theils der Befehl einer inneren Stimme (Hallucinationen), theils Unfähigkeit, aufzumerken oder die Gedanken zu sammeln, theils gar keine angegeben worden.

5) Als weitere formale Störungen schliessen sich den beiden letztgenannten Symptomen einerseits Gedankenlosigkeit und Gedankenstillstand, andererseits Ideenflucht mit der Sucht in Deminutiven zu reden an.

§. 351.

b) Inhaltliche Störungen. 1) In den Delirien machen sich expansive, religiöse und Grössen-Wahnideen bemerkbar, selbst der Wahn der höheren Abkunft ist beobachtet worden. Dass auch in der Attonität ein heiteres Delirium bestehen kann, beweist das wiederholt beobachtete, vernehmbare Lachen bei Katatonischen (cf. §. 347).

2) In der Willenssphäre spricht sich eine besondere Neigung zur Negation (Negativismus) und zum Widerspruch gegen Versuche zu Aenderung der Thätigkeit aus; ganz im Gegensatz zu den anderen Formen der Manie, wo man leicht den Maniakus von seiner Beschäftigung abbringen kann, wenn man ihm nur Gelegenheit zur Bethätigung seines Bewegungsdranges giebt.

Diese Negation spricht sich nicht nur in einer Abneigung gegen jede Ortsveränderung aus (wie man den Patienten in die Stube stellt oder auf das Bett setzt oder legt, so bleibt er beharren), sondern auch in Bettsucht und, besonders bei dem Uebergang der Manie in die Attonität, in Nahrungsverweigerung; doch ist die katatonische Abstinenz weniger andauernd und hartnäckig als sonst.

B. Somatische Symptome.

§. 352.

1. Pathognomonisch sind die Stereotypieen in der Bewegung; die Patienten gehen stets denselben Weg in derselben Ausdehnung oder fahren Tage lang mit einem bestimmten Finger in das Gesicht oder nach einem anderen Körpertheil. Dieselben Stereotypieen zeigen sich auch in der Ruhelage (vorn übergebeugter Körper mit dem Kopf zwischen den Knieen oder Opisthotonushaltung) und in eigenthümlicher Haltung der Lippen, dem „Schnauzkrampf". Diese Stereotypieen treten für die Katatonie charakteristisch schon in den frühesten Stadien auf und bleiben auch in den Remissionen und Intermissionen, wenn schon jede Intellectsstörung verschwunden zu sein scheint.

2. Bei der Katatonie erscheinen muskuläre Symptome als epileptiforme und andere krampfhafte Zustände, im Beginn anfallsweise später dauernd, ebenso häufig und ebenso wesentlich für die Gestaltung des Krankheitsprocesses als die paralytischen Erscheinungen bei der classischen Paralyse (Kahlbaum). Diese Krampfzustände, ein Ausdruck der krankhaften Innervation der motorischen Nerven, zeigen sich schon in der ersten Entwicklung der Krankheit und begleiten als motorische Abnormitäten ihren ganzen Verlauf, sie scheinen theils willkürlich psychisch, theils cerebrospinal bedingt; letzteres besonders bei der flexiblen Contractur der verkrümmten Glieder.

3. Häufig ist eine Abschwächung der Sensibilität und eine hochgradige Anästhesie; doch scheint die Schmerzempfindlichkeit nur infolge der Aufhebung der Reactionsfähigkeit aus motorischen Gründen gestört, da nach Aufhören der motorischen Hemmung volle Empfindung und Erinnerung an schmerzhafte Angriffe in der Attonität besteht. Von besonderer diagnostischer Bedeutung ist nach Kahlbaum bei der Katatonie eine Hyperästhesie, welche sich in charakteristischem Hinterkopfschmerz äussert.

4. Unter den trophischen Störungen treten besonders Oedeme der unteren Extremitäten und der Augenlider, Oligämie und Chlorose hervor. Störungen in den Verdauungswegen bekunden sich in Foetor ex ore, Geschmackssensationen, Appetitlosigkeit.

Neben häufiger beobachteten Epidermis-Abschilferungen und terminalen Othaematomen ist aber besonders wichtig die fast constante Vereinigung der Katatonie mit Lungentuberculose.

V. Specielle Symptomatologie.

§. 353.

A. Religiös-expansive Form. Den Anfang bildet nach Schüle (l. c. p. 196) ein acuter religiöser Wahnsinn oder Hypochondrie, oder Melancholie mit Selbstvorwürfen. Der Kranke wird wortkarg, zieht sich zurück und widmet sich dem Gebete und der Kasteiung; unter Berufung auf seine hohe Mission declamirt er immer dieselben Bibelworte in strafendem oder prophetischem Tone. Zeitweise bestehen Congestionen zum Kopfe, starke Schweisse, zunehmende gastrische Symptome. Anfälle von Angst, Starrheit und Exaltation wechseln; der religiöse Wahn innervirt vorübergehend den mimischen Gesichtsausdruck. Sinnestäuschungen treten ein und der Kranke geht immer mehr in einem wahnhaften Innenleben unter. Er steht plötzlich im katatonischen Zustande da oder kann in irgend einer Stellung liegen. Berührung vermehrt, ähnlich dem Tetanus, nur die Spannung. Die Muskeln des Stammes und des Gesichts befinden sich in hochgradiger Spannung, bald überwiegen die Extensoren, bald die Flexoren. Manchmal werden die Muskeln auch plötzlich schlaff; die Pupillen sind in der Regel erweitert. Sensible Reize werden zwar empfunden, doch oft ohne Reflexe zu erregen. Kleinheit des Pulses, Cyanose und Oedeme treten auf, die Ernährung sinkt. Das Bewusstsein ist oft Wochen lang ein traumhaftes mit entsprechendem Abschluss vor der Aussenperception. Der Kranke muss in der motorischen Starre meist zu Bett gehalten werden, es besteht dabei anhaltender Mutacismus; die Starre löst sich spontan und tritt spontan wieder ein; aufgenöthigte Attitüden können den Kranken (wie den Hypnotisirten) in die dazu gehörige Stimmung versetzen; plötzliche Gewaltacte können die Starre unterbrechen (Zerstörungswuth, Angriffe gegen die Umgebung, oder auf die eigenen Genitalien). Auf dieser Höhe bleibt die Krankheit Wochen und Monate lang, sie fällt nur nach Besserung der Körperernährung. Die Miene wird natürlicher, der Kranke beginnt zu essen, die Hemmung im Sprachgebiet löst sich, in pathetisch declamatorischem Tone werden sinnlose Sätze oder Grössenwahnideen recitirt, oft mit theatralischen Attitüden. Bei Frauen geht die Genesung oft etappenweise mit der Menstruation mit. Die Genesung ist eine allmähliche, schrittweise, öfters durch Recidive gestört.

Häufig endet die Psychose in terminalen Blödsinn mit abrupten, rudimentären paranoischen Zügen, oder der Tod tritt durch Phthise ein.

B. Depressive (daemonomane) Form. Ist das Einleitende ein hallucinatorischer Verfolgungswahn, so folgt darauf am häufigsten

Depression mit impulsiven Angstanfällen (Schüle l. c. p. 201). Die Kranken (uterinkranke, durch sexuellen Abusus geschwächte Frauen) sehen Alles verändert, werden unruhig, jammern und weinen viel, werden schreckhaft, äussern hypochondrische und melancholische Klagen, schliessen sich mehr und mehr von der Umgebung ab; lebhafte Sinnestäuschungen treten ein, der Kranke recitirt träumerisch allerlei ungeheuerlichen Unsinn; heftige Raptus von Zerstörungswuth und Angriffen gegen sich und die Umgebung machen den Kranken gefährlich. Die Gesichtszüge werden nach und nach gespannter, hölzerner, der Kranke selbst zeigt sich abweisender gegen jede Ansprache von aussen, der Puls ist träge, die Blutvertheilung ungleich (Fluxionen zum Kopf, voller Carotidenschlag, Kälte der Extremitäten, fadenförmige Radialis). Die psychomotorische Starre tritt ein, allgemein oder local. Plastisch fixirte Attitüden, oft Raptus in der Form einer explosiven Abwehrgeberde, wechselnde Contractionen, vasomotorische Parese, Ptyalismus vollenden das Bild des katatonischen Stupors. Der Gesichtsausdruck wird leer, die Bewegungen träge, energielos, barock und verkehrt, aber in apathischer Stimmung mit ruhiger Gemächlichkeit automatisch und monoton sich wiederholend. Im Verlaufe der Krankheit, vornehmlich in dem Stadium des Stupors, finden sich als weitere Grund-Symptome die negative Tendenz des Widerstrebens gegen jede Activität, Nahrungsverweigerung und endlich Bewegungs- und Haltungs-Stereotypieen. Am auffälligsten sind jene bizarren Gewohnheiten, wie man sie bei allen derartigen Kranken sieht: der Eine fasst sich alle Paar Stunden an die Nasenspitze, eine Frau macht Bewegungen, wie beim Spinnen. Aber auch die Art und Weise wie die Glieder in der Ruhe gehalten werden, ist auffallend. Ein Kranker sitzt Monate lang mit vorn übergebeugtem Kopf und gekrümmtem Rücken im Bett; ein Anderer steht da, den rechten Vorderarm an der Brust, mit der Hand einen Theil des Gesichts bedeckend, die linke Hand am Ellenbogen des rechten Armes. Die berührten Körperstellen zeigen Eindrücke dieser Stellungen und Bewegungen. Diese Stereotypieen kommen nicht erst im terminalen Blödsinne, sondern oft schon im maniakalischen Stadium vor. Die Helle des Bewusstseins schwankt von leidlicher Lucidität bis zu vollständigem Perceptionsabschluss, mit Verkennung der Umgebung. Falsche Apperceptionen und Hallucinationen absorbiren das Bewusstsein; Störungen des Gemeingefühls, plötzliche Strebungen beherrschen den Kranken und bringen ihn zu einfachen Reflexbewegungen oder stürmischen Gewaltacten. In einem halbwachen, zeitweise wachen Bewusstsein mit Verlangsamung, resp. Hemmung der intellectuellen, gemüthlichen und psychomotorischen Functionen entwickelt sich durch Zerstreutheit und Gedächtnissschwäche eine deprimirte, theilnamlose Stimmung; plötzlich tritt eine grundlose Aufregung

mit manischer Beweglichkeit ein, träumerische, läppische Einfälle mit Indolenz, wechselnd mit Raptus ohne Consequenz und Ueberlegung; die apathische Stimmung wird zeitweise durch Hallucinationen eine ängstliche. Die gemüthlichen Interessen sind verloren, stumm und hölzern bleibt der Kranke. Der Zustand verbleibt Tage und Wochen lang, und die Ernährung sinkt, die vasomotorische Parese, durch Kopffluxionen unterbrochen, dauert an. Die Reconvalescenz zeigt sich durch Hebung des Körpergewichts an; die motorische Spannung tritt zurück; oft entsteht eine choreatische Unruhe, chaotische Verwirrtheit von Worten; manchmal noch eine etwas hellere, dämono-melancholische Phase. In anderen Fällen befindet sich der Kranke in einer mürrisch feindlichen Abwehr mit Zerstörungsdrang. Die Genesung geht schrittweise vor sich.

C. Auf spinal-sensibler Grundlage schliesst sich die motorische Starre in genauer zeitlicher Nachfolge an bestimmte Neuralgieen an (cf. §. 399). Der Kranke fühlt, dass er an irgend einer Stelle starr und regungslos wird, führt die so entstandene motorische Hemmung auf den Einfluss eines bösen Geistes zurück, und dieser Gedanke verstärkt wieder die Starre. Die Anfangs partiellen Spannungszustände breiten sich immer weiter aus oder wechseln ihren Platz. Die Psychose kann in Genesung, oder (bei fortschreitender geistiger Hirnerkrankung und stärkerem Zwange zur Allegorisirung der Gefühle) in manische Erregungzustände, psychische Schwäche oder agitirten Blödsinn ausgehen.

Auf cerebrospinal-neuralgischer Grundlage. Die Kranken bieten oft auf Monate hin das Bild stupider Unruhe mit ungeordneten Bewegungen, welche Reflexacte auf abnorme Sensationen sind (Schüle l. c. p. 205). Sie laufen in irgend einer abnormen Haltung mit schweren Schritten bis zu einem Widerstande, den sie, wenn möglich, überschreiten, oder aber sie schlagen, wenn zurückgeworfen, dieselbe Bahn wieder ein. Damit wechseln lucidere Phasen. Der Kranke steht unter Täuschungen aller Sinne, er schliesst die Augen, weil das Licht ihm „Scheine" macht, ist von guten und bösen Geistern besessen. Der Zustand wird nach und nach dauernd.

D. Auf hysterisch-constitutioneller Grundlage. Ein depressives Vorstadium von diffus neuralgischem Charakter oder mit Zwangsgedanken und hypochondrischen Grübeleien leitet die Krankheit ein. Daran schliesst sich in der Regel ein Exaltationsstadium mit hysterischen Zügen, die katatonische Manie, oft in jähem Uebergang mit rechthaberischem Wesen; der Kranke verfällt einem phantastischen Gebahren voll toller Einfälle, einer geistigen Zerfahrenheit (ibidem p. 207). Erhöhtes Selbstgefühl wechselt mit Verzagtheit, bombastische Wortprahlerei mit Angst- und Lebensüberdruss; den Kern aber bildet

die geistige Schwäche. Auch bei mässiger Unruhe tritt eine auffallende Benommenheit, Energielosigkeit zu Tage. Exaltation wechselt mit Depression und Drang zur Busse, gereizte Stimmung mit indifferenter. Doch bald gewinnt die tobsüchtige Exaltation die Oberhand; der Kranke zeigt vorübergehend typischen Grössenwahn. Der Puls wird klein, der Kopf enorm congestionirt, die Hände kühl. Zeitweise Zwangsstellungen, zeitweilige motorische Raptus treten auf. Das Bewusstsein verdunkelt sich mehr und mehr, die psychomotorische Neurose breitet sich aus; Mutacismus wird durch pathetisches Declamiren unterbrochen. Das Bild wird immer zusammenhangloser, immer wechselnder; das eigentlich Katatonische tritt mehr und mehr in den Vordergrund, der Kranke ist Stunden lang regungslos, spricht nicht, speichelt viel, reagirt nicht; dieser Höhepunkt kann Wochen und Monate dauern. Löst sich die Spannung, so tritt wieder ein barockes Geberdenspiel auf als Ausdruck fragmentarer Innenvorgänge, dann wieder träumerische Ruhe, Verbigeration oder Echolalie. Noch immer folgen Rückschläge in motorische Starre und Mutacismus. Unter Hebung der Ernährung und Circulation und Schwinden der Vasoparese wird das Bewusstsein klarer und perceptionsfähiger. Es folgen zwar noch manische Erregungsphasen mit erhöhtem Selbstgefühl, doch treten ruhigere, besonnene Stunden und Tage mit allmählicher Erinnerung an die katatonische Zeit ein; der Kranke macht Mittheilungen von seinen Empfindungen und Hallucinationen in dieser Zeit. Motive für den Mutacismus waren Gewissensbisse, für die katatonische Starre Todesahnungen etc. Manchmal recurrirt die katatonische Manie innerhalb Jahresfrist, oft mehrere Male, bis endlich ein blödsinnig stupider Zustand mit Verbigeration (cf. §. 350, a, 3) bleibt.

VI. Verlauf.

§. 354.

Weitere Fälle verlaufen nach dem Schema Melancholie, Manie, Stupor (stierer Blick, Negationstrieb, Mutacismus, regungsloses Dasitzen, Schnauzkrampf), oder Melancholie, Manie, totaler Stupor (Mutacismus, nahe Andeutung von Verbigeration, Nahrungsverweigerung, starres Sitzen auf einem Flecke, fortwährendes in die Sonne Starren). In manchen Fällen ist die Folge der einzelnen Stadien abgeändert. Es beginnt z. B. die Krankheit mit Manie, dann folgt Melancholie und der Stupor; oder es zeigen sich folgende Typen: Melancholie, Stupor, Manie oder Manie, Stupor, Melancholie.

VII. Differentialdiagnose zwischen Katatonie und Blödsinn.

§. 355.

Katatonie.	Blödsinn.
Entwicklung: oft rasch,	Entwicklung langsam,
Ernährung zurückgehend,	Ernährung oft gut,
Hautfarbe gelblich,	Hautfarbe gesund,
Ausscheidungen vermindert,	Ausscheidungen normal,
Schlaf schlecht,	Schlaf gut,
Widerstreben gegen jede Bewegung,	Willenlos,
Nahrungsverweigerung,	Nahrungsverweigerung nicht vorhanden, im Gegentheil grosses Nahrungsbedürfniss,
Selbstmordneigung,	Selbstmordneigung durchaus keine,
Gedächtniss vorhanden.	Gedächtniss schlecht.

(Kahlbaum.)

VIII. Prognose und Therapie.

§. 356.

Prognose: Man muss 2 Arten von Katatonie bezüglich der Prognose unterscheiden. Katatonia mitis mit günstiger Aussicht auf Heilung und Katatonia gravis mit infauster Zukunft. Je nach der Rüstigkeit resp. Invalidität des erkrankten Gehirnes wird die Affection einen leichten resp. schweren Verlauf nehmen.

Therapie: Symptomatisch.

IX. Katatonische Stereotypieen in anderen Psychosen.

§. 357.

Die bisher als eine Psychose sui generis angenommene primäre heilbare Demenz ist weiter nichts als eine Zustandsform der Katatonie und zwar das Stadium attonitum s. stuporosum derselben. Dasselbe gilt von dem hallucinatorischen oder Pseudostupor (Binswanger). Binder[1] fand unter 800 Kranken, dass in $^3/_4$ Theilen aller der Fälle, bei denen ein stuporöser Zustand notirt war, dieser Stupor sich an die verschieden-

[1]) Cf.: Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. Archiv f. Psych. XX. Bd. 3 H. 1889, p. 628—654.

sten Krankheitsformen anschloss und mit ihnen wechselte, und dass in der überwiegenden Mehrzahl neben dem Stupor die sogenannten katatonischen Grundsymptome auftraten. In 8 Fällen fand sich das typische Bild der classischen Katatonie. 21 Fälle waren zwar nicht so typisch, gehörten aber doch ihrem ganzen Verlaufe nach noch in die Reihe des katatonischen Krankheitsbildes.

Eine grosse Gruppe von Stereotypieen in der Haltung und Bewegung bezeichnet Binder mit dem Namen der Narrheit oder Folie. Am häufigsten finden sich derartige Stereotypieen bei Verrücktheit und im Blödsinn.

In vorgerückten Irreseinszuständen bilden sich oft automatische Zwangsstellungen und -Bewegungen, barocke Körperhaltungen und Verzerrungen zu einer habituellen Mimik aus, psychomotorische Zwangsvorstellungen, genauer: Reproductionen der früher geübten und in das Gedächtniss der Nervenmaterie eingegrabenen Zwangsacte. Hierzu gehören die Paralexie, Paraphrasie und Paragraphie der Verrückten. Darunter versteht man neu erfundene Worte, Umstellungen von Silben, neue Schriftzeichen, verschrobenen Ductus der Züge, bedeutungsvolle (eigentliche sinnlose) Unterstreichungen, verschiedene Grösse der Buchstaben mit verschieden gefärbter Dinte (Schüle, l. c. p. 143).

Am häufigsten weisen die vierte und fünfte Zustandsform der Paraphrenieen die Erscheinung der Folie auf. Man kann das recht gut beobachten, wenn eine Melancholie nicht heilt und in einen katatonischen Stupor übergeht. Bei den maniakalischen Erregungszuständen wird man, da gerade diese Form sich in jähem Wechsel der Stimmung, der Gedanken und der Haltung charakterisirt, vergebens nach stereotypen motorischen Trieben suchen, wenn auch mitunter das Gebahren solcher Kranken, namentlich bei räumlicher Beschränkung, oft etwas Monotones, Automatisches an sich tragen mag. Es ist ein bekanntes, prognostisch ungünstiges Zeichen, wenn der für die Manie charakteristische Wechsel der psycho-motorischen Vorgänge einer Einförmigkeit, einer automatischen Stereotypie weicht.

Schon im Uebergangs-Stadium sich befindende Tobsüchtige machen Wochen und Monate lang dieselben monotonen Bewegungen, sie zerreissen, zerzupfen ihre Kleider, ihre Haut, schmücken sich mit allerlei Tand, beschmieren ihre Zelle, ihren Körper mit Urin und Koth, reiben unausgesetzt die Wände, den Boden des Gelasses ab, kriechen auf allen Vieren, stossen fortwährend ein und dieselben Laute aus, gehen in bestimmten Bahnen, nehmen besondere Haltungen und Bewegungen mit dem Körper oder einzelnen Theilen desselben vor u. s. w. Wenn im Verlauf der Manie die intellectuellen Functionen unmerklich eine Abnahme der Energie erleiden, wenn ein Fortschritt zur Demenz statt-

findet, so bemerkt man oft eine specielle Aufregung im Gange, in den Geberden, in gewissen Handlungen, welche unter automatischen Formen ablaufen. Je mehr die intellectuellen Handlungen abwärts gehen, desto mehr steigern sich die instinctiven. Bei der Dysthymie wird das Symptom vermisst; findet es sich hier, so erhebt sich der Verdacht auf katatonische Natur der Krankheit.

In 55 Fällen fand Binder das Symptom solcher Stereotypie der Rede, des Ganges besonders ausgesprochen. Er glaubt, dass die in die Reihe der Folie gehörigen stereotypen Bewegungen mehr oder weniger automatisch sind; speciell ist ein Zusammenhang mit Wahnideen oder Sinnestäuschungen selten nachweisbar. Er möchte eine gewisse Selbstständigkeit des Verhaltens der motorischen Centren bei psychischen Krankheiten als Grundlage der Störung annehmen.

Ein Kranker bei Binder zeigt stereotype Bewegungen: er steht den ganzen Tag an einem Flecke still, sich unausgesetzt bekreuzigend etc. Im weiteren Verlaufe der Krankheit werden diese Bewegungen vereinfacht, man sieht nur eine rhythmische, ziemlich ausgiebige Schwenkung seiner im Handgelenke flectirten Hand gegen die Stirn oder gegen die Brust ausführen, aber unaufhörlich. Mit dieser Bewegung schläft der Kranke ein und nimmt sie mit dem Erwachen wieder auf. Die Stirnhaut ist von den vielen Berührungen schwielig und verdickt. Die dauernde Stummheit wird nur einmal jährlich durch überstürztes Schimpfen unterbrochen. Stereotypieen im Gehen zeigt ein anderer Verblödeter: er watschelt seit Jahren wie ein Perpendikel unzählige Male den Corridor auf und ab, jeden Schritt des rechten Beines stark prononcirend, dabei macht er im Fussgelenk Dreh- und Schleuderbewegungen. Sehr häufig trifft man auch das Mouvement de manège oder ähnliche Zwangsbewegungen an; ferner die Sucht, sich die Haare am ganzen Körper oder an einzelnen Theilen, oder nur an umschriebenen Stellen längs des Scheitels, an den Schläfen, am Kinn auszureissen, sich die Nägel wegzukauen, an den Zähnen zu rütteln, in den Augen zu bohren, sich die Haut zu zerkratzen, alles Mögliche zu sammeln. Manche waschen sich 100 Mal am Tage, Andere starren in die Sonne, schreiben alle ihnen zugänglichen Papierfetzen voll. Andere Male ist es im Gegentheil ein ruhiges Dasitzen mit angepressten Gliedmaassen, starren Augen, unbeweglich gesenktem Kopf, ein stummes Abweisen oder auch ein plötzlich gereizter Protest gegen jede Ansprache oder Aufmunterung, manchmal aber auch ein ununterbrochenes oder andauerndes Seufzen, welches von dem schmerzlichen Gemüthsbann äussere Kunde giebt. Oft macht sich der quälende Affect durch ein triebartiges, scheinbar zweckmässiges Gebahren, durch eine rastlose Beschäftigung ohne Ziel und Befriedigung geltend, in anderen Fällen oder Stadien durch

eine Tage und Wochen lange Regungslosigkeit, welche erst durch Anruf sich vorübergehend zur mechanischen Betheiligung am Essen, zur gebotenen Besorgung körperlicher Bedürfnisse unterbrechen lässt. Dieser Wechsel zwischen Unruhe und schmerzgebannter Passivität dauert oft auch während der Nacht fort. Wochen lang meiden die Kranken das Bett, irren im Zimmer umher, gesticuliren, zerschlagen sich, oder im Gegentheil sie sitzen in derselben angstgepressten Attitüde wachend oder weinend oder stumpf vor sich hinbrütend da und gönnen sich nicht einmal die horizontale Lage. Jede fragende oder tröstende Ansprache entlockt ein schmerzliches, oft krampfhaftes Schluchzen, die Kranken wollen keinen Trost oder können denselben nur mit doppelt gesteigertem Schmerzausdruck erwidern. Viele derselben können lange Zeit keine Thränen vergiessen, Wochen lang verharren sie in ihrer Schmerzgebundenheit; die ersten Thränen schaffen Erleichterung.

Aus dem Angeführten ist ersichtlich, dass Zwangs- und stereotype Bewegungen nicht allein der Katatonie eigenthümlich sind, sondern dass eine Reihe anderer Psychosen an ihnen participiren.

Alle die genannten Störungen sind vorzugsweise bei erblich belasteten Individuen zu finden. Von 44 Fällen waren mindestens 65 % erblich belastet. Speciell für die Katatonie fand Binder im Gegensatz zu Kahlbaum bei 70 % erbliche Belastung. Das Vorkommen katatonischer Stereotypieen ist also als Folge und Ausdruck erblicher Belastung anzusehen, es gehört dazu eine ganz erhebliche, ja zum Theil sogar hochgradige neuropathische Diathese. Es handelt sich im Allgemeinen um chlorämische Individuen mit mehr oder weniger zahlreichen Stigmata degenerationis.

Anhang.

Der Stupor.

§. 358.

Wir müssen zwei Formen des Stumpfsinns unterscheiden (ähnlich den zwei Formen der Verwirrtheit) 1. den Stumpfsinn auf Grund bestehender Demenz, d. h. der Unfähigkeit, die Eindrücke der Aussenwelt aufzunehmen (atonischer Stupor), 2. auf Grund irritativer psychischer Vorgänge (katatonischer Stupor).

Was die erste Form anbetrifft, so treffen wir den Stupor atonicus bei allen Blödsinnigen, bei allen denjenigen Psychotischen, welche auf der Basis einer Abschwächung ihrer psychischen Kräfte die Fähigkeit verloren haben, das, was um sie herum vorgeht, aufzufassen und apperceptiv zu verarbeiten. Stumpf gegen jeden äusseren Eindruck verbringen derartige Individuen ihr Dasein.

Den Stupor katatonicus, hervorgerufen durch irritativ psychische Vorgänge, sehen wir bei denjenigen Kranken, welche in der stuporösen Attonitäts-Phase einer Paraphrenia alternans seu complexa sich befinden. Hier handelt es sich nicht um die verlorene Fähigkeit, die Eindrücke der Aussenwelt aufzunehmen, sondern um in der Psychose begründete Spannungszustände, welche den Kranken als eine Statue erscheinen lassen, die in ihrer Regungslosigkeit für die Umgebung abgestorben zu sein scheint. Bei genauerer Beobachtung bemerkt man jedoch, dass die Starre nur die äussere Gestalt betrifft, dass der Muskelapparat unbeweglich, in tonischer Spannung sich befindet, dass dagegen die Psyche lebhaft weiter arbeitet, wie bisher. An dem unstäten Blick, den herumschweifenden Augen, dem ängstlich gespannten oder lächelnd verzogenen Gesichtsausdruck erkennt man die innere seelische Bewegung. O. Binswanger hat diesen Zustand richtig schon von dem atonischen gesondert und ihn treffend mit dem Worte „Pseudostupor hallucinatorius“ bezeichnet.

Krankengeschichte 1. Eigene Beobachtung. Katatonia gravis. Frau N. N. 46 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, verheirathet, Mutter gesunder Kinder, zeigte schon in ihrer Jugend ein auffallend scheues und zurückhaltendes Wesen. Sie ist körperlich stets zart und schwächlich gewesen, war aber im Wesentlichen gesund bis zu ihrem 26. Jahre, wo sie vorübergehend schwermüthig gewesen sein soll. Danach war sie wieder gesund, bis vor sieben Jahren etwa sich wieder ein tief melancholischer Zustand bei der Patientin einstellte, weswegen sie, nach etwa einjährigem Aufenthalte in anderen Anstalten am 17. Septr. 1885 in die Maison de Santé übergeführt wurde.

Die Patientin hatte vor ihrer Ankunft mehrere Tage lang die Nahrungsaufnahme verweigert, alles Eingeführte sofort erbrochen und bot nun das Bild eines kleinen, schwächlich gebauten, sehr abgemagerten Individuums von blassem, kachektischem Aussehen dar (Körpergewicht 30,2 Kg.) Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden, die Pupillen waren gleich weit, reagirten gut, die Herztöne schwach aber rein, der Puls etwas gespannt mit 60 Schlägen in der Minute; Bauchdecken eingezogen, stark contrahirt. Druck auf die Magengegend ausserordentlich schmerzhaft. An den folgenden Tagen lag Patientin ruhig und theilnahmlos im Bett, gab auf Fragen nur kurze, abweisende Antworten und bat wiederholt, man möchte sie doch tödten; dabei klagte sie über heftige Schmerzen und Hitzegefühl im Leibe, schrie zeitweise laut auf, besonders wenn man sie berührte, knirschte mit den Zähnen, raufte sich in den Haaren und hatte stets einen finsteren, verschlossenen Gesichtsausdruck. Sie verweigerte hartnäckig die Aufnahme von Nahrungsmitteln und erbrach das künstlich Eingeführte nach kurzer Zeit wieder; nur Wein, Kaffee und Malzbier wurden zurückgehalten. Bei geeigneter Pflege und Behandlung erholte sich die sehr heruntergekommene Frau körperlich etwas, das Erbrechen liess nach, und die Schmerzen hörten auf; dagegen blieb das psychische Verhalten ganz das gleiche: Pat. sträubte sich andauernd sehr gegen Nahrungsaufnahme, schrie dabei laut auf, knirschte mit den Zähnen und sagte wiederholt: Sie könne die Qual nicht länger ertragen, man könne sie hier nicht gesund machen, sie sei ja kein Mensch mehr, dürfe nicht mehr essen u. s. w. Patientin erholte sich in der folgenden Zeit noch weiter, so dass sie das Bett verlassen und Tags über auf sein konnte; sie zeigte nunmehr ein eigenthümliches Verhalten, welches in den folgenden Jahren bis heute mit geringen Unterbrechungen stets das gleiche geblieben

ist. Während des ganzen Tages sass oder stand sie zusammengekauert in einer dunklen Ecke unbeweglich und lautlos, den Kopf geneigt, das Gesicht in beide Hände vergraben; sie reagirte weder auf Fragen noch auf Berührungen in irgend einer Weise, und wenn man versuchte, die Hände vom Gesicht oder die Arme vom Körper los zu machen, so merkte man eine enorm starke Contraction in den Muskeln, so dass es nicht gelang, diese Bewegungen auszuführen. Zum Essen ging Patientin nie von selbst, ebenso wenig in ihr Zimmer, sondern sie musste stets mit Gewalt von ihrem Platze fortgeführt werden, und dabei leistete der so schwächlich aussehende Körper einen derartigen Widerstand, dass häufig zwei kräftige Wärterinnen nur mit Mühe die Kranke zu Tisch oder in ihr Zimmer bringen konnten. Sie schlug sich dabei mit den Händen an den Kopf, raufte sich in den Haaren, knirschte mit den Zähnen, warf sich zu Boden, stöhnte und schrie laut auf. Die Speisen nahm sie spontan nur selten zu sich, sondern musste gefüttert werden und sträubte sich dagegen noch auf's Heftigste, ebenso musste Patientin an- und ausgezogen werden. Sie sprach nur sehr selten und dann brachte sie Selbstbeschuldigungen vor: „Mit mir, Scheusal, müssen sich fremde Menschen noch quälen, ich bin ja das verrufenste Geschöpf auf der Erde, für mich giebt es keine Rettung mehr; ach lieber Gott, lass mich doch einschlafen und nicht wieder aufwachen.“ Obwohl die Patientin stets so theilnahmlos da stand, dass man meinen konnte, sie achtete gar nicht auf das, was um sie vorging, und hörte und sähe nichts, so konnte man doch in den beiden Intervallen, welche mehrere Male vorhanden waren, erkennen, dass sie genau über Zeit und Ort orientirt war und über die Geschehnisse der letzten Zeit ganz gut Rechenschaft geben konnte. Eine solche Klarheit war im März 1889 zu constatiren, nachdem Patientin ohne äussere Veranlassung am 19. März Nachmittags plötzlich klonische Krämpfe, vornehmlich in den oberen Extremitäten und im Gesicht bekommen hatte. Dabei war das Bewusstsein Anfangs verloren, später vorhanden, als die Zuckungen seltener wurden, welche übrigens bis in die Nacht hinein dauerten. Danach schlief Patientin ruhig und zeigte beim Erwachen eine auffallende geistige Klarheit, nannte ihre Umgebung bei Namen, nahm allein Nahrung zu sich und gab in ihren Aeusserungen eine völlig intacte Intelligenz zu erkennen. Aber schon nach 8 Tagen etwa verfiel die Kranke wieder in ihren gespannten Zustand, welcher seitdem bis heute angehalten hat und nur noch einmal im April 1890 nach einem grossen Schwächeanfall für kurze Zeit schwand und einem geistig klareren Zustande Platz machte. Ein im Februar 1889 überstandenes Erysipelas capitis mit sehr hohen Temperaturen hatte auf die Krankheit gar keinen Einfluss ausgeübt.

Krankengeschichte 2. Eigene Beobachtung. Katatonia gravis. Frl. N. N., 18 Jahre alt, angeblich aus gesunder Familie stammend, gross, kräftig gebaut, soll bis zum Januar 1891 stets gesund gewesen sein und nur im letzten Winter infolge geistiger Ueberanstrengung viele schlaflose Nächte gehabt haben. Anfang Januar d. J. fiel sie beim Herabsteigen einer Treppe auf Rücken und Hinterkopf, hatte aber danach keine sonderlichen Beschwerden und klagte nur zuweilen über Kopfschmerzen in der Scheitelgegend. 14 Tage später fing Patientin jedoch an, verwirrt zu sprechen; sie meinte: Sie sei mit einem Herrn verlobt, den sie am Abend vorher gesehen hatte, der Arzt, welcher sie auscultire, mache ihr eine Koch'sche Einspritzung u. s. w. Nach einigen Tagen wurde sie ruhig, sprach klar, blieb aber etwas apathisch und langsam in ihren Bewegungen, bis Anfang März sich wieder ein Zustand völliger Verwirrtheit mit Verfolgungsideen einstellte. Patientin wurde dabei so laut und störend, dass sie am 11. März 1891 nach der Maison de santé übergeführt wurde.

Hier war Patientin in den ersten Tagen ungemein erregt und sehr verwirrt; sie stiess mit dem Kopfe gegen die Wand, schlug sich mit den Fäusten, glaubte, verfolgt zu sein und machte Bewegungen, als schösse und schlüge sie nach jemand.

Später wurde sie ruhiger, blieb aber noch sehr lange Zeit in einem Zustande grosser Verwirrtheit, so dass sie nicht wusste, wo sie sich befand, und die Personen ihrer Umgebung verkannte. Sie beantwortete an sie gerichtete Fragen gar nicht oder erst nach sehr langer Zeit und dann in zögernder, langsamer Weise, als ob sie die Worte nur sehr schwer verstehen und ebenso schwer eine Antwort darauf finden könnte. Dabei sprach sie sehr häufig unsinniges Zeug vor sich hin: Sie sei todt, ihre Eltern seien todt, sie müsse jetzt ihre Schuld büssen, das Schuldbewusstsein liege zwischen den beiden Stühlen im Zimmer — oder sie lag völlig regungslos da, die Augen fest geschlossen oder starr auf einen Punkt hin gerichtet, und die Extremitäten waren dann in einem Zustande ziemlich bedeutender Steifheit, so dass sie kaum gebeugt werden konnten. Manchmal wieder machte sie Stunden lang dieselben Bewegungen mit den Armen, kniete zuweilen nieder und blieb längere Zeit in dieser Stellung, beides ohne zu sprechen und ohne sich in ihren Bewegungen stören zu lassen. Sie ass meist nur mit grossem Widerstreben, schlief sehr schlecht und liess trotz aller Ermahnungen den Urin und zuweilen auch den Koth unter sich.

So war das Verhalten der Patientin lange Zeit hindurch, und erst nach Monaten trat eine Besserung des Zustandes ein; Patientin bekam etwas Krankheitseinsicht, folgte willig allen Anordnungen, beschäftigte sich zuweilen mit Lectüre und Handarbeiten und konnte auch an einer Unterhaltung ziemlich verständig Antheil nehmen. Sie behielt aber ein gewisses kindisches Wesen zurück, welches sich sowohl in ihren Aeusserungen wie in ihren Handlungen zu erkennen gab, und blieb sehr langsam in ihrer Sprache und ihren Bewegungen. Ihre Briefe zeigten eine hochgradige Verwirrtheit und Schwäche.

Krankengeschichte 3. Eigene Beobachtung. Katatonia mitis. N., Offizier, 19 Jahre alt, ist hereditär psychisch nicht belastet. Vater seit 12 Jahren Diabetiker. Pat., das fünfte von sieben gesunden Kindern, hat keine schwereren Krankheiten durchgemacht, war im Denken stets sehr langsam, hat aber sonst gut gelernt. Seine Erziehung war eine streng sittliche und noch bis kurz vor seiner Erkrankung hatte Patient keinen geschlechtlichen Umgang gehabt. Seine jetzige Erkrankung trat im Anschluss an folgenden Vorfall ein: „N. hatte mit einem etwas leichtsinnigen Regimentskameraden verkehrt, vor dem er von seinen Vorgesetzten gewarnt war. Dieser Kamerad hatte mehrere Tage ein Frauenzimmer in seiner Wohnung und verleitete N. auch, mit demselben zu verkehren. In der Wohnung wurde viel Sekt und Porter getrunken, und N. soll auch Tags über zu dem Frauenzimmer gegangen sein. Eines Abends brachte der Kamerad den etwas angetrunkenen N. nach Haus und nahm ihm sein Geld aus der Tasche, damit er es nicht verlieren sollte. N. merkte am nächsten Tage das Fehlen des Geldes und glaubte nun, der Kamerad habe ihm dasselbe stehlen wollen. Er sagte dem Kameraden dies, worauf eine Auseinandersetzung erfolgte, und N. das Geld zurück erhielt. Von diesem Moment an bildete sich N. ein, er hätte den Kameraden so schwer beleidigt, dass er nicht länger Offizier bleiben könne, und versuchte deshalb sich das Leben zu nehmen. Nach mehreren fruchtlosen Versuchen in's Lazareth gebracht, versuchte er auch dort, sich seinen Degen in den Hals zu rennen, wurde jedoch durch den Arzt und den Lazarethgehülfen daran verhindert.

Ende Januar wurde Patient zu seinen Eltern gebracht und war dort 4 Wochen lang ziemlich munter, unterhielt sich, äusserte jedoch öfter melancholische Ideen: Er werde aus dem Offizierkorps ausgestossen werden, er sei der Liebe seiner Mutter unwürdig etc. Ende Februar reiste der Vater behufs einer Consultation mit dem Patienten nach Berlin. Den 28. Abends im Hôtel angekommen, schloss Patient Augen und Mund, sprach kein Wort und wurde sofort zu Bett gebracht. In diesem Zustande verharrte er, ohne Nahrung zu sich zu nehmen und ohne irgend eine Aeusse-

rung von sich zu geben bis zum 2. März. An diesem Tage, Morgens 5 Uhr, richtete er sich plötzlich kerzengerade auf, stieg aus dem Bett und schritt auf die Thür zu. In's Bett zurückgebracht, versuchte er, von neuem aufzustehen, rang mit seinem Vater und wurde dabei so aggressiv, dass er gebunden werden musste. Auf fachärztlichen Rath wurde Patient darauf in die hiesige Anstalt übergeführt. Patient wird in vollkommen stuporösem Zustande in die Anstalt aufgenommen. Augen und Mund hält Patient krampfhaft geschlossen. Die Extremitäten zeigen exquisite Flexibilitas cerea. Temperatur 37,2. Puls 90. Pupillen sind weit, reagiren auf Lichteinfall. Kremasterreflex beiderseits vorhanden. Patellar-Reflex wegen der Spannung der Muskulatur nicht hervorzurufen. Kein Fussklonus. Die Sensibilität ist scheinbar überall sehr herabgesetzt, wegen seiner Benommenheit reagirt Patient auf Kitzeln, Nadelstiche etc. nicht.

Patient lag regungslos im Bett, und reagirte nicht auf Anrufen. Hob man den Arm oder das Bein in die Höhe, so verharrte das Glied lange Zeit in der gegebenen Stellung. Wollte man die Augen öffnen, so kniff Patient die Augenlider fest zusammen; ebenso setzte er dem Oeffnen des Mundes heftigen Widerstand entgegen und verweigerte jede Nahrungsaufnahme, so dass behufs Ernährung mit der Sonde der Mund jedes Mal erst mit dem Heister geöffnet werden musste. Patient wurde dreimal täglich mit der Sonde gefüttert und erhielt jedes Mal 1 Liter einer Mischung bestehend aus Milch Erbspüree, Eiern, Pepton und Wein. Urin wurde spontan entleert.

In den nächsten Tagen lag Patient zuweilen mit offenen Augen da. Er schien Alles, was um ihn herum vorging, zu sehen und zu hören, so z. B. färbte sich sein Gesicht hochroth, als sein Schwager in's Zimmer trat; jedoch reagirte er nicht auf dessen Fragen. Dieser Zustand blieb längere Zeit hindurch derselbe. Gegen Ende März trank Patient einige Male die ihm gereichte Milch, musste jedoch später wieder gefüttert werden. Erst Anfang Mai ass Patient beständig von selbst, anfänglich noch unter Zureden und Ermahnungen der Wärterin, späterhin jedoch ganz freiwillig. Auch löste sich allmählich die Starre der Muskulatur, und Patient versuchte zu gehen. Zuerst nahmen die Füsse, bei dem Versuch sie aufzusetzen, eine ausgesprochene Equinus-Stellung ein, späterhin gelang es, sie ordentlich aufzusetzen und zu gehen. Jedoch kostete jede Bewegung noch eine bedeutende Kraftanstrengung und zeigte einen deutlich ausgesprochenen ataktischen Charakter. In den Monaten Juni und Juli löste sich der stuporöse Zustand ganz langsam und allmählich. Der Gang wurde leichter und elastischer, die Bewegungen wurden sicher und verloren das ataktische Gepräge, die Schrift, Anfangs unbeholfen und zitterig, wurde allmählich fester und deutlicher. Hand in Hand damit ging eine Besserung des geistigen Zustandes. Des Pat. Briefe, die anfänglich noch sehr kurz und kindlich gehalten waren, waren jetzt vollkommen seinem Bildungsgrade entsprechend. Nur die Sprache hatte sich noch nicht wieder eingestellt. Patient giebt auf Fragen nur durch Nicken oder Schütteln des Kopfes Antwort und schreibt irgend welche Wünsche seinem Wärter auf. Jedoch beschäftigt er sich jetzt eifrig mit Lectüre, Stenographie etc. und zeigt eine durchaus ungestörte Intelligenz. Neben der Aphasie bestanden noch einige vasomotorische Störungen, wie starke Röthung des Gesichts, Kühle der Extremitäten, starke Schweisse etc. Die Psychose machte im Gegensatz zu den vorhergehenden einen prognostisch günstigen Eindruck, und das um so mehr, als Pat. allmählich leise Einiges sprach, und keine Spur von irgend einer Schwäche zu bemerken war. Nach und nach wurde die Sprache deutlicher, und Pat. zeigte Ende August ein in jeder Beziehung normales Verhalten.

VIERTES CAPITEL.

Paraphrenia hereditaria.

Das vererbte Irresein.[1])

Vorbemerkungen.

Der Begriff des vererbten Irreseins.

§. 359.

Wenn ich in den folgenden Paragraphen den Ausdruck erbliches Irresein nicht gebrauche, sondern dafür vererbte Anlage zu Psychosen setze, so geschieht das deshalb, weil die psychotischen Alterations-Formen, welche sich aus einer psychopathischen Veranlagung entwickeln, in ihrer abgegrenzten äusseren Form nicht erblich sind, d. h. nicht vererbt werden, sondern weil nur durch die Ascendenz in der Descendenz der psychopathische Keim veranlagt wird. Es könnte mir hier erwidert werden, dass sich die Irrsinnsformen direct vererben, dass z. B. die Dysthymie (einfache Melancholie) von den Eltern auf die Kinder in gleicher Form vererbt wird. — Es giebt in der That eine Reihe von Beobachtungen, welche constatirt haben, dass ganze Familien durch Selbstmord zu Grunde gehen. Savage selbst berichtet von Mitgliedern einer Familie, welche in verschiedenen Erdtheilen, unter verschiedenen Verhältnissen, zu gleicher Zeit oder in gleicher Höhe des Lebensalters Selbstmord verübten. — Dieser Ansicht kann ich mich nicht anschliessen; es ist schon von vornherein nicht möglich, dass sich eine ausgebildete, begrenzte Psychose vererbt, aus dem einfachen Grunde, weil zu jeder Störung im Bereich des Fühlens, Vorstellens und Wollens ein bewusstes Fühlen, Vorstellen und Wollen nothwendig ist; das neugeborene Kind hat aber weder Gefühle noch Vorstellungen noch Willen.

Aber wie körperliche Eigenthümlichkeiten der Eltern, welche erst in den späteren Lebensjahren bei der Entwicklung sich herausbilden, in dem neugeborenen Kinde schlummern, d. h. in seiner körperlichen Constitution veranlagt sind, ebenso kann man sich vorstellen, dass in dem Kinde durch die Veranlagung psychische Eigenarten der Eltern niedergelegt sind, die sich in dem späteren Alter in derselben Richtung wie bei den Erzeugern entwickeln. Zeigt sich bei einem der Eltern und

---

[1]) Emminghaus: Allg. Psychopathologie, p. 322 f. — Savage: Klin. Lehrb. p. 36—49. — Kraepelin: Psych. p. 53—55. — v. Krafft-Ebing: Psychiatrie p. 174. — Schüle: Das hereditäre Irresein, Klin. Psychiatrie p. 426—496. — Borosdina-Rosenstein: Ein Fall von circulärem Irresein mit Ausgang in Genesung. Wjestnik psychiatrii i nevropatologii 1888, V. 2.

in dessen Familie die Neigung zu Depressionszuständen und ist es auch zur Etablirung einer wirklichen Dysthymie gekommen, so kann diese Psychose in den Formen der psychopathischen Disposition dem Kinde übergeben werden, und es kann dann im späteren Leben sich das ganze Gemüthsleben bei dem heranwachsenden Individuum nach dieser Richtung hin entwickeln. Die Schwere der Belastung wird davon abhängen, ob die Zeugung des Kindes zusammenfällt mit einer Exacerbation in dem psychischen Alterations-Zustande der Erzeuger.

Nach obiger Ausführung möchte es so scheinen, als könnte man alle genuinen Psychosen unter dem Sammelnamen des vererbten Irreseins begreifen. Die Gründe, warum ich die Dysthymie, Hyperthymie, Paranoia nicht an dieser Stelle beschreibe, bedarf nach den einleitenden Auseinandersetzungen dieses Buches keiner weiteren Rechtfertigung. Da ich auf der Basis meiner Anschauungen und Grundsätze gerade den Standpunkt vertrete, dass eigentlich die psychische Schwäche den differential-diagnostischen Anhalt zur Trennung der partiellen von den totalen Psychosen giebt, so können wir unter den Begriff „des hereditären Irreseins" diese Psychosen, bei denen das Einsetzen einer psychischen Schwäche ausgeschlossen ist, nicht rechnen, wohl aber die psychischen Alterationsformen, welche auf dem Boden einer hereditären Degeneration sich entwickeln, die „periodischen und cyklischen" Psychosen. Die Hebephrenie findet an anderer Stelle ihre entsprechende Würdigung (cf. Biopathien).

§. 360.

Die Lehre über das Irresein aus Zwangsvorstellungen, die Betrachtung über die Psychose, welche sich aus Zwangsvorstellungen heraus entwickelt hat, ist heute ein ebenso häufiger Vorwurf für wissenschaftliche Arbeiten wie die Lehre über die Gehirn-Localisation; so wichtig die letztere ist, so unwichtig ist die erstere. In der Jugend auftretende Zwangsvorstellungen lassen stets auf eine psychopathische Disposition ex hereditate schliessen, und aus diesem Grunde ist es hier am Platze, einige Worte über die heutige Anschauung, dass sich Psychosen aus Zwangsvorstellungen heraus entwickeln sollen, zu sagen.

Wenn ein Mensch durch uns unbekannte intracerebrale Vorgänge dysthymisch wird, so wird er aus seiner deprimirten Stimmung heraus, welche ihm als eine unmotivirte Gefühlsalteration wohl zum Bewusstsein kommt, unter einem gewissen Zwange nach irgend einer Begebenheit in seinem Leben forschen, welche er dann für seine Schwermuth verantwortlich macht. Man kann fast stets beobachten, dass derartig Erkrankte Wochen und Wochen nachgrübeln, um irgend einen irrelevanten Grund aufzufinden, der sie so elend gemacht hat. Dieses ist

ein gewisser Zwang, der das Denken nach einer bestimmten Richtung hin steuert. Es ist ein solches Zwangsdenken von dem specifischen Begriff der Zwangsvorstellung wohl zu unterscheiden. Dass im Verlauf einer Dysthymie, wie überhaupt bei vielen Geistesstörungen, mehr oder minder Zwangsvorstellungen auftreten, wird kein Beobachter bestreiten, dass sich aber Dysthymie oder Paranoia aus Zwangsvorstellungen heraus entwickeln sollen, widerspricht meiner Ansicht. Dass psychopathische Individuen mit Zwangsvorstellungen leichter zu Psychosen neigen, soll und kann nicht bestritten werden. Was man aber unter einer Paranoia oder Melancholie aus Zwangsvorstellungen bisher verstanden hat, ist nach meiner Meinung das eine Mal eine Dysthymie mit Zwangsvorstellungen, das andere Mal eine primär veranlagte originäre Paranoia mit Wahnideen. Man vermeide es, wie es vielfach im Gegensatz dazu geschehen ist, Zwangsvorstellungen mit Primordialdelirien der genuinen Psychosen zu verwechseln. Die wechselnde Intensität der Zwangsvorstellungen hat das bis dahin unklare Bild der Psychose erst gewissermaassen photographisch entwickelt, die eigentliche Psychose hatte schon längst bestanden, war aber für das Auge der Umgebung latent geblieben. Erst die sich immer mehr und mehr aufdrängenden Zwangsvorstellungen haben die noch bestehende Fähigkeit der Dissimulation überwunden und die am Grunde liegende Geistesstörung eruptiv allen kenntlich gemacht.

§. 361.

An dieser Stelle erscheint es mir passend, einige betrachtende Bemerkungen über die Frage einzuschalten, ob es analog den isolirten Störungen des Gefühls und Vorstellens, auch eine solche des Willens (Parabulie) giebt. Darin kommen Savage, Salgó, Schüle, v. Krafft-Ebing u. A. überein, dass man es bei Individuen mit Zwangsvorstellungen stets mit intactem Fühlen und inhaltlich und formal logischem Denken zu thun hat. v. Krafft-Ebing sagt in dem Capitel über Zwangsvorstellungen: „Die Zwangsvorstellungen sind primär, jeder subjectiven Grundlage entbehrend, sie stehen dem bewussten, logischen Vorstellungsinhalte überraschend, störend, fremdartig gegenüber.“ Savage schreibt: „In dem gesunden Denken tauchen plötzlich bestimmte Vorstellungen auf, die der Kranke nicht zu bannen vermag.“ In dem Capitel über neurasthenisches Irresein sagt Kraepelin: Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung vorhanden.“ Es würde nun hieraus vielleicht der Schluss gezogen werden können, dass wohl bei intactem Fühlen und Vorstellen eine Zwangsvorstellung, welche die Willenssphäre alterirt, gewissermaassen den Träger derselben als geisteskrank in der Richtung einer Störung des Willens erscheinen lässt.

Dem gegenüber bemerkt Schüle treffend: „Eine Zwangsvorstellung an sich macht noch keine psychische Störung aus, so wenig als eine Hallucination. Sowie aber eine depressive Gemüthsreaction (bei den stationären) oder eine ängstlich rathlose (bei der Grübelsucht) hinzutritt, und, was in der Regel nicht ausbleibt, Zwangsacte und Willenshemmungen folgen, so ist der Beginn einer wirklichen Seelenstörung gegeben.“ Diesem letzteren Theile der Ausführung Schüle's trete ich nicht bei. Die depressive Gemüthsreaction, von der dieser Autor spricht, ist nur jenes Unlustgefühl, das jeden Menschen bei einer aufgezwungenen Handlung befällt. Treten Psychosen in die Erscheinung, so haben sich diese, wie schon oben bemerkt, nicht aus den Zwangsvorstellungen entwickelt, sondern die Psychosen hatten schon latent bestanden, und nur die wachsende Intensität der Zwangsvorstellungen begünstigte ihre Etablirung. Hat ein Kranker auf Grund bestehender Zwangsvorstellungen gestohlen, Feuer angelegt, gemordet, so dürfen wir das durchaus nicht als einen parabulischen Zustand ansehen, d. h. als eine isolirte Störung der Willenssphäre, sondern die zwangsartige Handlung war der Reflex eines gestörten Fühlens und Denkens. All unser Handeln bekommt sein bestimmtes Colorit und seine Richtung aus der jedesmaligen Integrität oder Störung des Vorstellens und Fühlens. Der Wille ist der Reflex aus diesen beiden cerebralen Processen.

Paraphrenia transitoria.

Cf. Reflex- und Consensualpsychosen §§. 377—380.

I. Die periodischen Psychosen.[1])

Einleitung.

§. 362.

Unter periodischen Psychosen versteht man Psychopathieen, welche in wiederkehrenden Paroxysmen, die zeitlich durch ein relativ lucides Intervall getrennt sind, auftreten. Die Paroxysmen hängen klinisch zusammen als sich wiederholende oder abwechselnde Acte eines geisteskranken Zustandes. Verbinden sich Melancholie und Manie in directer Aufeinanderfolge und cyklischer Wiederkehr, oder Attonität und exal-

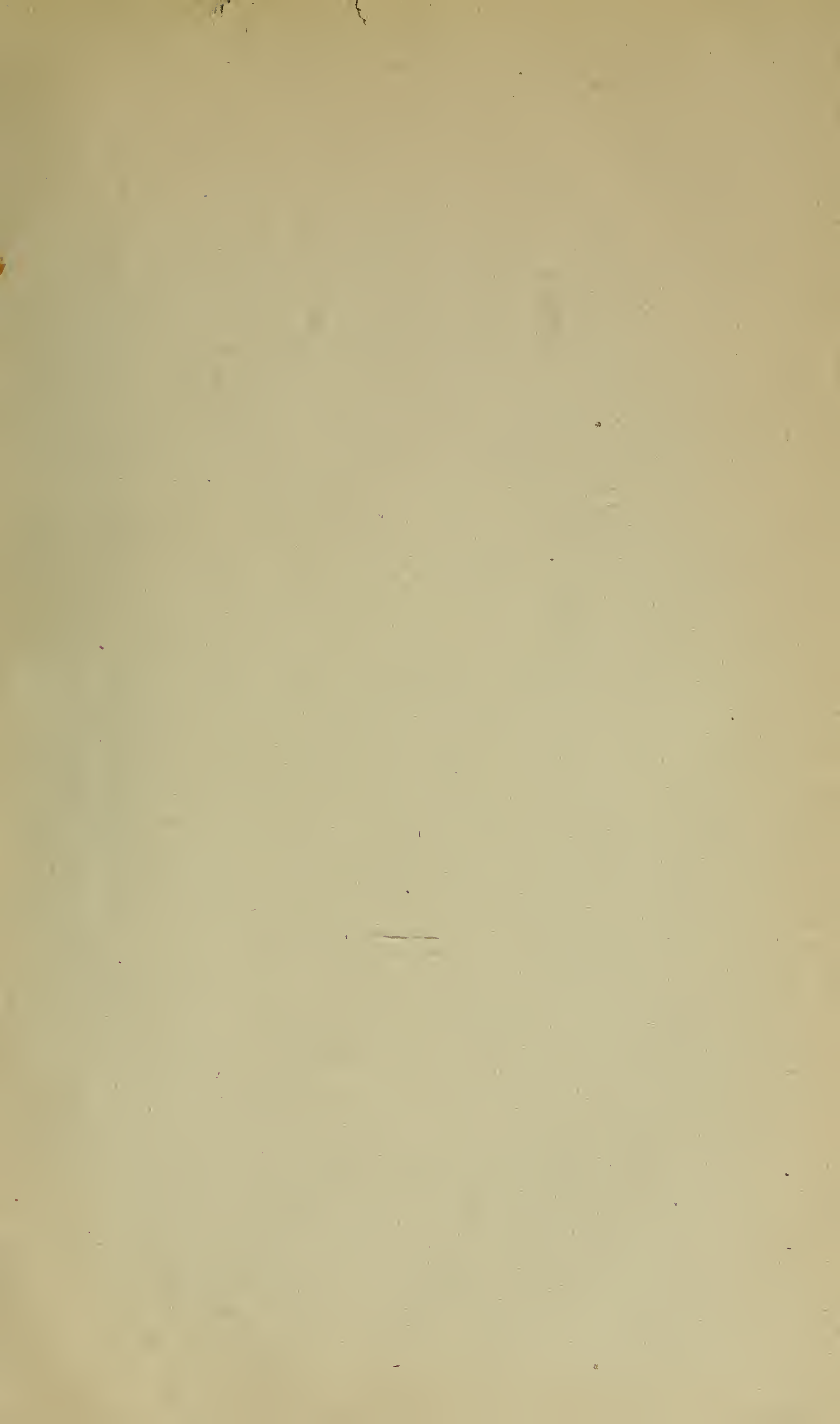
[1]) Kirn: Die periodischen Psychosen, Stuttgart 1878. — Schubert: Zur Pathogenese des circulären Irreseins. Neurol. Centralbl. 1890, Nr. 15. — Savage: Klin. Lehrbuch pp. 244, 276—279. — Kraepelin: Psychiatrie p. 301—322. — v. Krafft-Ebing: Psychiatrie p. 473—500. — Mendel: Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 44, p. 618. — Salgó: Comp. d. Psych. p. 364—368.

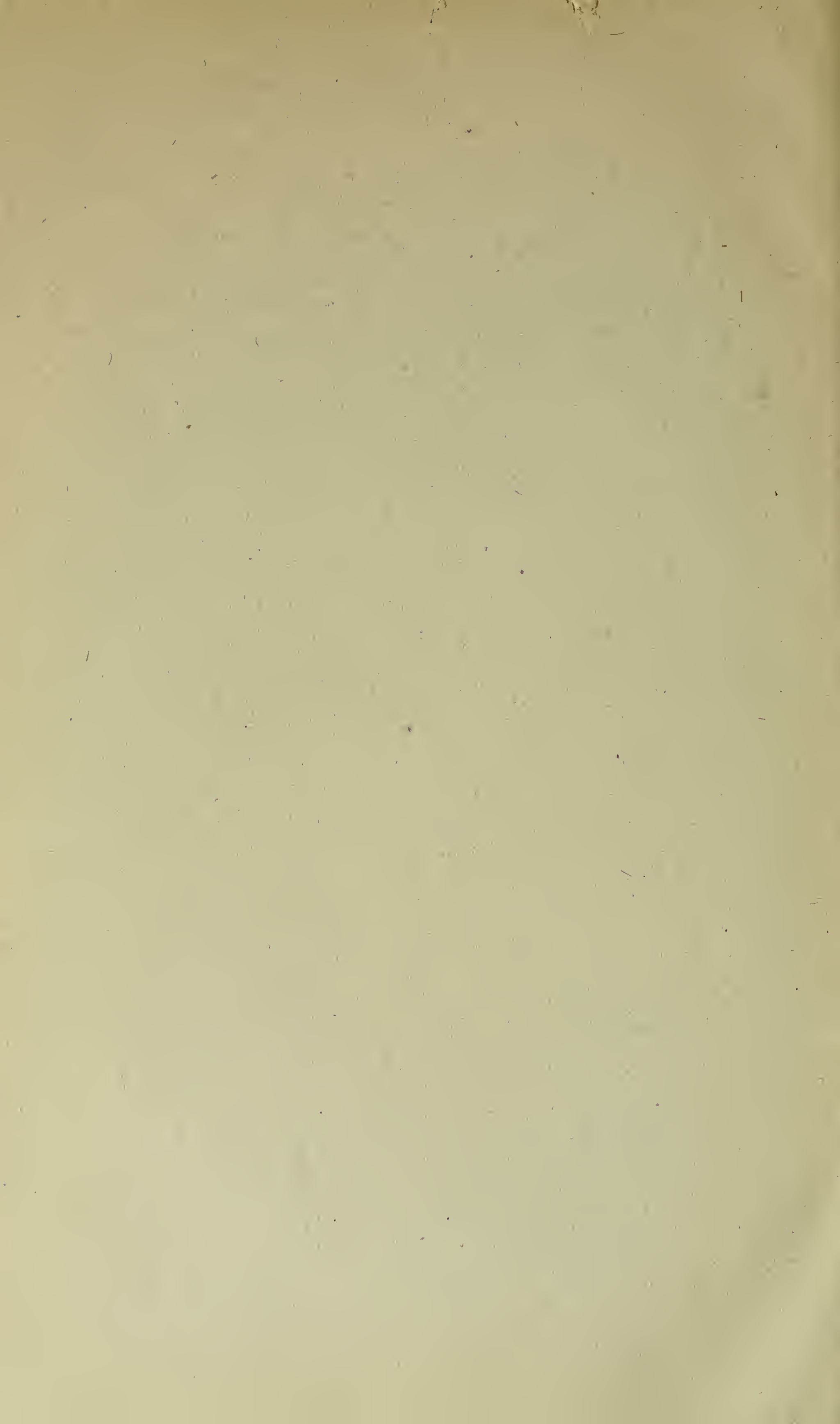
tirte Perturbation, so entsteht das circuläre Irresein. Das periodische und circuläre Irresein setzt ein hereditär invalides Gehirn voraus. Der Verlauf ist ein protrahirter; die Einzelanfälle können typisch dieselben bleiben, meist aber werden sie immer schwerer und degenerativer.

1. Pathogenese und Differentialdiagnose. Das Gesetz der periodischen, mehr oder minder regelmässigen Wiederkehr gewisser Functionsstörungen tritt uns überall in der Pathologie der Nervenkrankheiten entgegen. Man findet es bei den Neuralgieen, bei Neurosen, Hysterie und Epilepsie; es wird deshalb nicht befremden, auch bei psychischen Erkrankungen demselben zu begegnen, um in bald mehr bald weniger auffälliger Weise hervorzutreten.

Zunächst müssen die intermittirenden Psychosen von einfachen Exacerbationen auf der einen, von Recidiven auf der anderen Seite unterschieden werden. Jene sind einfache Steigerungen einer bestehenden Störung zu höherem Grade; die Steigerung bewegt sich in derselben gleichen, formalen Richtung, in der gleichen Stimmungslage, bietet keine Aenderung in der Qualität, sondern nur ein quantitatives Plus. Die intermittirende Störung hebt sich dagegen als selbstständige Krankheitsform von dem Intervall ab, ohne dass dieses überhaupt ein absolut freies wäre. Die Recidive stellen sich in regellosen Zeiträumen ein, sie können eine mannigfaltige Gestaltung und verschiedene Formen darstellen, während die Anfälle der periodischen Störung gesetzmässig, in gleicher Weise ablaufen. Bei letzteren muss hauptsächlich darauf Nachdruck gelegt werden, dass zwar der charakteristische Anfall zeitlich und symptomatisch streng abgegrenzt ist, mit seinem Ablauf aber nicht Vollbesitz der Gesundheit wiederkehrt, vielmehr der pathologische Grundzustand auch im anfallsfreien Intervall andauert. Also die Krankheit oder wenigstens die innere Krankheitsursache besteht fort, während ihre Hauptäusserung schweigt, derartig, dass die Organe der psychischen Thätigkeit oft wenig auffällig in Mitleidenschaft gezogen werden. Somit sind periodische Seelenstörungen solche, welche auf einem dauernden pathologischen Zustande beruhen, nur in gewissen, bald mehr bald minder regelmässigen Zeiträumen mit charakteristischen Krankheitsanfällen in Scene treten, während in den Zwischenzeiten nur leichte, oft sehr geringgradige psychische oder nervöse Veränderungen an den Fortbestand des krankhaften Zustandes erinnern (Kirn, l. c. p. 7f.).

Sehr wichtig ist die Beobachtung der Anfälle selbst. Vor allem müssen sich dieselben mehrmals wiederholt haben, um überhaupt eine Diagnose zu gestatten. Hierbei ist zu betonen, dass sich diese Anfälle entweder in annähernd gleichen Zeiträumen oder unter gleichen Verhältnissen wieder einzustellen pflegen. Dann ist als eine geradezu






U. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

